

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

**INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA COGNITIVA CONDUCTUAL
GRUPAL EN PACIENTES OSTOMIZADOS AMBULATORIOS QUE
PRESENTAN ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADAS A TRASTORNO
ADAPTATIVO**

PSICÓLOGA
ANABELL X. ARANDA VARGAS

**Tesis de grado presentada a la
Facultad de Psicología, como uno
de los requisitos para obtener el
grado de Magister en Psicología
Clínica.**

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2013

57
04 OCT 2013

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Programa de maestría en: **Psicología Clínica**
Facultad de: **Psicología**
Número de Código: **327-14-06-1078**
Nombre del estudiante: **Anabell X. Aranda V.**
Título al que aspira: **Magíster en Psicología Clínica**
Tema de tesis: **“Intervención Psicoterapéutica Cognitivo Conductual grupal en pacientes ostomizados ambulatorios que presentan ansiedad y depresión asociada a trastorno adaptativo”.**

Obregón

Resumen Ejecutivo: **El trabajo a desarrollar consiste en un Estudio Explicativo (Pre-experimental) con diseño de antes y después con un solo grupo, cuyo propósito es ayudar a disminuir a pacientes ostomizados ambulatorios, la ansiedad y depresión que subyace al Trastorno Adaptativo inducido por su ostomía. Pretendemos implementar un programa de tratamiento de grupo con enfoque cognitivo conductual y evaluar su efectividad al terminar el mismo.**

Nombre de Asesor: **Profesor: Ricardo A. López J.**
Firma de Asesor: _____
Firma del Estudiante: _____
Aprobado por: **Coordinador del Programa**

Director de Postgrado de la Vicerrectoría de Investigación y Postgrado

Fecha: _____

22667

DEDICATORIA

Este logro es dedicado a Dios, quien obra en mí cosas grandes y maravillosas, conduce y reconforta mi alma y por el camino del bueno me dirige.

A mis padres que guiaron mi formación hacia una persona de bien.

A ti, Ernesto Julio, por tu apoyo, paciente espera y comprensión en los tiempos difíciles, pero sobre todo por ser un esposo maravilloso.

A mis hermanas, amigas incondicionales.

Y a los pacientes ostomizados, en especial a NATALIA GONZALEZ (q.e.p.d).

AGRADECIMIENTO

Al asesor de la tesis Magister Ricardo A. López J., cuya guía fue pilar para la culminación de este proyecto.

A la Magister Elsa Fajardo por aportar sus conocimientos estadísticos en el análisis de esta investigación.

A la profesora Digna Cedeño por su orientación en la corrección gramatical.

A los pacientes ostomizados, que fueron parte del estudio permitiéndome compartir sus experiencias de vida.

A la doctora Rosina Aranda quien con su ejemplo y apoyo, es un faro y centinela de la superación familiar.

A doña Delia Barrera Nieto, cuya ayuda inicia este logro alcanzado.

A Claudio Barba y Daniel Araúz por su soporte técnico en la transcripción de este manuscrito.

A mis amigos Matías Tejada y Arelys Arrue por su apoyo moral y profesional.

Y a todas las personas que Dios puso en mí caminar durante este período de superación, que fueron guía, apoyo y motivación para culminar.

INDICE GENERAL

PORTADA	i
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
EXTRACTO	1
INTRODUCCIÓN	2
CAPITULO I FUNDAMENTACIÓN TEORICA	6
1. APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD	7
1.1. Fundamentos de la Psicología de la Salud	7
1.1.1. Enfoque del Modelo Biomédico y su Implicación para la concepción de la Salud	7
1.1.2.El Modelo Biopsicosocial y su Implicación para la concepción de la Psicología de la Salud	10
1.1.3. Definición y Delimitación Conceptual de Psicología de La Salud	12
1.2. Enfermedades Crónicas, Calidad de Vida y Psicología de la Salud	15
1.2.1. Generalidades sobre las Enfermedades Crónicas	15
1.2.2. Reacciones Emocionales ante el Diagnóstico de una Enfermedad Crónica	16
1.2.3. Calidad de Vida relacionada con la Salud	20

2. DISCAPACIDAD	22
2.1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía	22
2.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)	26
3. LA OSTOMÍA	28
3.1. Generalidades Sobre el Estoma	28
3.1.1. Productos Sanitarios y Cuidados	30
3.2. Impacto Psicológico del Estoma	32
3.2.1. Proceso de Adaptación y Apoyo familiar al Ostomizado	35
4. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL TRASTORNO	37
4.1. Trastorno de Adaptación	37
4.1.1. Características Diagnósticas	37
4.1.2. Subtipos y especificaciones	39
4.1.3. Criterio para el diagnóstico de trastornos adaptativos	41
4.1.4. Estado de Ánimo Depresivo	42
4.1.5. Estado de Ansiedad	43
CAPITULO II TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL	45
1. MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL	46
1.1. La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis	46
1.1.1. La Naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas para la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)	51
1.1.2. Principales técnicas de tratamiento TREC	53

1.2.	Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck	57
1.2.1.	Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck	60
1.2.2.	Modelo Cognitivo de la Ansiedad generalizada de Beck	63
2.	ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA COGNITIVO	
	CONDUCTUAL	65
2.1.	Relajación	65
2.2.	Reestructuración Cognitiva	66
2.3.	Técnica en Afrontamiento	67
2.4.	Resolución de Problemas	67
2.5.	Entrenamiento en Asertividad	69
2.6.	Tareas de Auto-Ayuda	69
3.	TERAPIA COGNITVO-CONDUCTUAL EN GRUPO	71
	CAPITULO III ASPECTOS METODOLÓGICOS	75
1.	ENUNCIADO DEL PROBLEMA	76
2.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	77
3.	PLANTEAMIENTOS DE LOS OBJETIVOS	80
3.1.	Objetivos Generales.	80
3.2.	Objetivos Específicos	80
4.	POBLACIÓN Y MUESTRA	81
4.1.	Universo	81
4.2.	Muestra	81
4.3.	Criterio de Inclusión	82

5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	82
5.1. Estudio Explicativo	82
5.2. Diseño de Preprueba y Posprueba con un solo grupo	83
5.3. Evaluación de Resultados	85
6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	85
6.1. Hipótesis de Investigación	85
6.1.1. Ansiedad	85
6.1.2. Depresión	86
6.2. Hipótesis Estadísticas	86
6.2.1. Ansiedad	86
6.2.2. Depresión	87
7. CRITERIO DE DECISIÓN	87
8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	87
8.1. Entrevista Clínica Psicológica	87
8.2. Inventario de Ansiedad de Aaron Beck (B.A.I)	88
8.3. Inventario de Depresión de Aaron Beck (B.D.I)	89
9. DEFINICIÓN DE VARIABLES	90
9.1. Definición Conceptual	90
9.1.1. Variable Dependiente	90
9.1.2. Variable Independiente	91
9.2. Definición Operacional	92
9.2.1. Variable Dependiente	92

9.2.2. Variable Independiente	92
9.3. Descripción del Tratamiento	93
CAPITULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	98
1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA	99
1.1. Datos Socio-Demográficos	99
2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS	104
2.1. Resultados y Análisis del Inventario de Ansiedad de Beck	104
2.2. Resultados y Análisis del Inventario de Depresión de Beck	107
3. DISCUSIÓN	110
CONCLUSIONES	112
BIBLIOGRAFÍA	118
ANEXOS	122

ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICAS

	Pág.
CUADRO N° 1. Distribución de la población según sexo, estado civil, escolaridad y ocupación.	99
CUADRO N° 2. Distribución de la población según causa, conocimiento de su patología y permanencia de la ostomía.	100
CUADRO N° 3. Percepción sobre el estoma.	101
CUADRO N° 4. Impacto del estoma en las actividades cotidianas.	102
CUADRO N° 5. Comparación entre el Pre test y Post del Inventario de Ansiedad de Beck.	104
CUADRO N° 6. Estadística Descriptiva Comparación de Pre test y Post del Inventario de Ansiedad de Beck.	105
CUADRO N° 7. Comparación entre el Pre test y Post test del Inventario de Depresión de Beck.	107
CUADRO N° 8. Estadística Descriptiva Comparación de Pre test y Post del Inventario de Depresión de Beck.	108
GRAFICO N° 1. Comparación entre el Pre test y Post test del Inventario de Ansiedad de Beck.	106
GRAFICO N° 2. Comparación entre el Pre test y Post test del Inventario de Depresión de Beck.	109

EXTRACTO

El presente estudio ha tenido como propósito esencial la aplicación y evaluación de un programa de corte cognitivo-conductual, para el manejo de los síntomas de ansiedad y depresión, en pacientes ostomizados. A través de un diseño de investigación de pretest-posttest, con un sólo grupo, fue evaluada la eficacia de una intervención cognitivo-conductual en grupo aplicada a pacientes ostomizados que presentan trastorno de adaptación mixto. La muestra estuvo integrada por nueve pacientes con una edad promedio de 54 años, 4 eran mujeres y 5 eran hombres. El tratamiento fue ofrecido en 15 sesiones, una vez a la semana, con una duración de dos horas por sesión. Se utilizó para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión en los participantes el inventario de ansiedad y depresión de Beck. Se pudo comprobar mediante el análisis estadístico de los resultados del pre test y post test que la Terapia Cognitiva Grupal es efectiva en el tratamiento de pacientes ostomizados con trastorno adaptativo mixto debido a que el post test demostró que después de la aplicación del tratamiento se redujeron los síntomas depresivos y de ansiedad en el grupo de ostomizados.

ABSTRACT

The present study had as its essential purpose the implementation and evaluation of a program of cognitive behavioral court, to manage the symptoms of anxiety and depression in ostomy patients. Through a research design of pretest-posttest, with one group, was evaluated the effectiveness of a cognitive-behavioral group applied to ostomy patients presenting mixed adjustment disorder. The sample consisted of nine patients with a mean age of 54 years, 4 were women and five were men. Treatment was offered in 15 sessions, once a week, with a duration of two hours per session. Was used to assess symptoms of anxiety and depression in participants Anxiety Inventory and Beck Depression. It was found through statistical analysis of the results of pre test and post test to Group Cognitive Therapy is effective in the treatment of patients with adjustment disorder with mixed ostomy because the post test showed that after treatment application were reduced symptoms depressive and anxiety in the ostomy group.

INTRODUCCION

Cuando hablamos de una persona ostromizada no nos referimos a un paciente quirúrgico sin más. Se trata de individuos sometidos a una intervención quirúrgica muy importante, mutiladora y cambiante de su esquema corporal. Estas intervenciones pueden devolver la salud física, pero provocan numerosos problemas psicológicos por el cambio de imagen, lo que es un problema para el mantenimiento de su identidad personal.

La persona a la que se le ha realizado un estoma está sometida a una situación estresante en un momentos de gran vulnerabilidad, lo que tiene una gran repercusión emocional. Su situación de salud se ha modificado exigiendo que acepte el cambio, lo afronte y se adapte a él.

La adaptación a una ostromía es un largo proceso que comienza antes de la operación y continúa hasta después que las heridas han cicatrizado. Tras un cambio importante o, como en este caso, una pérdida de la imagen corporal “perfecta” sobreviene un proceso normal de duelo no muy distinto al que acontece después de la pérdida de un ser querido.

La adaptación al estoma va a depender de varios factores como son la enfermedad de base, los tratamientos concomitantes y el pronóstico, las condiciones de la intervención quirúrgica; las complicaciones funcionales del estoma y secuelas postquirúrgicas y la

características entorno psico-social y del contexto cultural creencias, valores, conceptos y actitudes en relación a la enfermedad, las problemas físicos y el dolor.

Tras la intervención quirúrgica experimentan cambios que afectan a todas las dimensiones de sus vidas: higiénico-dietética, en la imagen corporal, en la sexualidad, en la forma de vestir, en las relaciones y el ocio. Aparece además autorrechazo, infravaloración, no aceptación de su imagen y realidad, baja autoestima, ansiedad, angustia, impotencia, depresión, temor al rechazo, aislamiento. Por lo tanto necesitan tanta ayuda física como psicológica para poder afrontar su nueva realidad, porque estar ostomizado representa una nueva forma de vida y la adaptación conlleva asumir todos esos cambios y en función de ellos reorganizar la vida.

Los programas de educación sanitaria incluyen abundante formación orientada al manejo de la ostomía, sin embargo los aspectos más emocionales son en ocasiones obviados, por esta razón en esta investigación nos hemos trazado como meta medir la eficacia de una intervención psicoterapéutica cognitivo-conductual grupal en el manejo de la ansiedad y depresión que presentan los ostomizados en respuesta a dificultades con la adaptación de su nueva condición.

La investigación se desarrolla a partir de la formación de un grupo de nueve pacientes ostomizados que se contactan a través de la reunión mensual del grupo de Ostomizado que se atienden en la Policlínica Roberto Ramírez De Diego de la provincia de Herrera. Catorce pacientes acudieron voluntariamente a la convocatoria que se le hizo, a todos se

les realizo una entrevista clínica donde se evidenciaron conflictos emocionales vinculados a la adaptación a su condición, lo cual se complemento con la aplicación del Inventario de Ansiedad y de Depresión de Beck para complementar su evaluación.

Este trabajo consta de cuatros capítulos. El capítulo uno presenta la fundamentación teórica o marco conceptual del estudio; partiendo con la transformación del concepto de salud biomédico a uno biopsicosocial que permitió considerar que sobre la salud interfieren múltiples determinantes que interaccionan entre sí; transformación que originó la necesidad de incorporar otros conocimientos distinto para el entendimiento de la salud; entre estos el de la Psicología de la salud; continuamos con una descripción de el impacto emocional que arrastra el padecimiento de una enfermedad crónica y su consecuente discapacidad, lo cual complementa la referencia sobre las características generales e impacto emocional ante una ostomía, finalizando con la clasificación diagnóstica del trastorno adaptativo.

En el segundo capítulo hacemos referencia a las teorías que fundamentan la Terapia Cognitivo-Conductual, especialmente, la teoría Racional Emotiva de Albert Ellis y la Teoría Cognitiva de Aarón Beck y sus postulados. De igual forma exponemos estrategias de intervención en la Terapia Cognitivo Conductual y los principios fundamentales de ésta aplicadas al trabajo con grupos.

El capítulo tres incluye la metodología de nuestra investigación, planteamos las hipótesis y los objetivos del estudio, describimos los instrumentos utilizados la escala de ansiedad y de Depresión de Beck, definimos las variables y describimos el tratamiento.

El capítulo cuatro expone el análisis, discusión, conclusión y recomendación de los resultados de nuestro estudio.

Finalmente presentamos la bibliografía con la cual se nutrió la investigación y los anexos correspondientes.

CAPITULO I
FUNDAMENTACIÓN TEORICA

1. APLICACIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN EL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD

1.1. Fundamentos de la Psicología de la Salud

La transformación del concepto de salud del modelo biomédico a uno biopsicosocial permitió considerar que sobre la salud interfieren múltiples determinantes que interaccionan entre sí, lo cual originó la necesidad de incorporar otros conocimientos distintos para el entendimiento de la salud; entre éstos el de la Psicología de la Salud, cuyo objetivo según Marcks, Murray, Evans, Willig, Woodall y Sykes (2008), es el de “promover y mantener el bienestar de los individuos, comunidades y poblaciones”.

1.1.1. Enfoque del Modelo Biomédico y su Implicación para la concepción de la Salud

Los dos principios explicativos sobre los que se apoya el modelo Biomédico son:

- El reduccionismo biológico: Que establece que todo problema de salud tiene un origen biológico; es decir puede ser explicado por un mal funcionamiento de los procesos fisiológicos a causa de un desequilibrio bioquímico interno e involuntario o por la acción de patógenos externos como bacterias o virus.

- El dualismo cartesiano: Que plantea que cuerpo y mente son entidades distintas que funcionan de forma independiente la una respecto de la otra, la mente es vista como un ente abstracto, relacionada con los pensamientos y los sentimientos, incapaz de influir en el cuerpo. (León, J. 2004).

En base a lo anterior expuesto podemos referir que para la perspectiva, biomédica los problemas de salud son causados por factores biológicos que poco tienen que ver con procesos psicológicos y sociales. Además el individuo no tiene responsabilidad sobre la enfermedad, únicamente es la víctima de fuerzas ajenas a él que producen cambios en su organismo, por lo que la intervención terapéutica debe estar guiada por principios biológicos y mecanicistas basados en preceptos y explicaciones unicasales.

La salud desde este marco conceptual es definida como ausencia de enfermedad o aflicción del cuerpo y, por consiguiente, las únicas acciones de salud posible son el diagnóstico de la enfermedad y la intervención terapéutica para eliminar la patología orgánica subyacente; diagnóstico y tratamiento que se orientan sólo a los aspectos físicos y biológicos, descuidando los aspectos psicológicos y sociales que de forma inevitable, concurren en cualquier problema de salud (León, J., 2004).

Las dificultades que presentan los sistemas sanitarios para hacer frente a los nuevos retos del sector salud por el predominio actual de las enfermedades crónicas y la demanda del paciente de mayor protagonismo y participación en todo lo relacionado con su salud, deja en evidencia las deficiencias del modelo biomédico, el cual promocionó una atención sanitaria de carácter asistencial, orientada al tratamiento de cuadros agudos, donde el paciente era un agente pasivo sin responsabilidad sobre el proceso de salud, lo cual riñe con la actual realidad. Este estado de cosas ha generado la demanda de cambios importantes, tanto en la organización operativa de la asistencia sanitaria como en los tipos de servicios que prestan (León.J., 2004).

A este cambio conceptual han contribuido distintas disciplinas como la Epidemiología, Antropología, Sociología y, por supuesto, Psicología; las mismas han permitido observar las insuficiencias del modelo biomédico como explicación científica de los problemas relacionados con la salud y la enfermedad, al aportar evidencia empírica acerca de la influencia de los factores psicosociales y culturales sobre la experiencia de la enfermedad, de la multicausalidad de la salud y de la maleabilidad de las respuestas biológicas por la acción de variables psicológicas y sociales, todo lo cual vino a demostrar la debilidad de las bases sobre las que se sustenta el modelo biomédico, el cual ignora o apenas tiene en cuenta los aspectos siguientes:

- a) La enfermedad crónica *per se* puede causar cambio del estado de ánimo del paciente,
- b) La enfermedad puede imponer limitaciones al paciente, lo que puede constituir una fuente añadida de estrés,
- c) El tratamiento médico puede ser una fuente de estrés,
- d) La enfermedad crónica puede alterar la vida de relación del paciente con su familia y amigos,
- e) Puede ocurrir que el estrés derivado de las relaciones familiares y sociales del paciente influya en las manifestaciones (exacerbación, mejoría) de la enfermedad (Vidal, J. 2006).

1.1.2. El Modelo Biopsicosocial y su Implicación para la concepción de la Psicología de la Salud

Este modelo surge al reconocerse el importante papel que jugaban los diversos factores psicológicos y sociales en la aparición y mantenimiento de las enfermedades, obligando a pensar sobre la salud en unos términos distintos a los propugnados por el modelo biomédico.

Bishop citado por León, J., (2004) lo define como: “Un acercamiento sistémico a la enfermedad que enfatiza la interdependencia de los factores físicos, psíquicos

y sociales que intervienen en ella, así como la importancia de abordar la enfermedad en todos sus niveles”.

El modelo biopsicosocial constituyó un catalizador que aceleró la investigación sobre los factores psicosociales asociados a las enfermedades, contribuyendo así a la emergencia de nuevas disciplinas como la Psicología de la Salud.

Para León, J., (2004), este modelo plantea una nueva perspectiva sobre la salud, que implica concebir la salud en positivo y las acciones de salud con una concepción social, es decir:

- Tener por objetivo central que la persona se mantengan en salud, considerando que ésta, más que un estado, es un proceso de desarrollo dirigido de forma activa y voluntaria hacia la realización de los individuos, grupos y comunidades.
- Alcanzar un compromiso para el cambio del modelo de vida (con vista a la salud) no sólo por parte del individuo, sino también del sistema social y sanitario, pues si el individuo está o no sano, no es un asunto de exclusiva competencia individual, sino que también depende de la estructura social.
- Crear una cultura de la salud o conciencia de que ésta debe ser promovida y salvaguardada por parte de todos los actores sociales y en primer lugar por los propios individuos, que tienen la responsabilidad de mantener y

mejorar su salud con la mayor autonomía posible respecto del sistema sanitario.

Las principales características del modelo biopsicosocial son:

- En el proceso salud-enfermedad se debe tener en cuenta los tres tipos de determinantes (biológicos, psicológicos y sociales).
- La prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad se tienen que realizar desde una perspectiva multidisciplinaria.
- Además de los factores biológicos, se tiene que prestar atención a los factores psicológicos y sociales que influyen en la aparición y el mantenimiento de la enfermedad (Hernández, E., Armayones, M., Boixadós, M., Gillamon, N., Gómez, B. y Pousada, M., 2009)

1.1.3. Definición y Delimitación Conceptual de Psicología de La Salud

La Psicología de la Salud es el producto de una nueva forma de pensamiento en salud, que considera la dimensión psicosocial en los niveles conceptual, metodológico y en la organización de los servicios de atención a la población en el proceso salud-enfermedad.

La Psicología de la Salud le interesa todo lo relacionado con variables psicológicas en el proceso salud enfermedad, no sólo ocupándose de la atención o curación de los enfermos, sino que también trabajando en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Su ámbito de actuación implica todos los niveles de atención; su enfoque no está centrado sólo en el individuo, incluye el trabajo con la familia y la comunidad. Es parte de ella, el estudio de los factores subjetivos que intervienen en el funcionamiento de las organizaciones laborales de salud y sus trabajadores, además es Psicología aplicada a la salud, la enfermedad, y también a sus secuelas (Martín, L., 2003).

Matarazzo (1980), citado por Trull y Phares (2003), la ha definió como:

“El agregado de las contribuciones educativas, científicas y profesionales específicas de la disciplina de la Psicología para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad y la identificación de correlatos etiológicos y diagnósticos de salud, enfermedad y disfunciones relacionadas”.

Es propicio señalar que esta definición fue corregida más tarde para incluir las funciones de los psicólogos como formuladores de políticas de atención de salud y contribuyentes del sistema de atención de la salud. Brannon y Feist (2000), citados por Trull y Phares (2003), ofrecieron una definición de Psicología de la Salud que incorporó estas nuevas funciones, señalando que la Psicología de la Salud:

“incluye las contribuciones de la Psicología para el incremento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de

factores de riesgo para la salud, el mejoramiento del sistema de atención de la salud y el moldeamiento de la opinión pública respecto de la salud”.

El desarrollo de la Psicología de la Salud ha sido notorio al punto de que es seguro decir que es uno de los más importantes desarrollos dentro del campo de la Psicología general en los últimos 50 años (Taylor, S. 2007).

Reynoso, L., y Seligson, I., (2005), enumeran entre las razones del crecimiento de la Psicología de la salud a partir del decenio de 1980-89:

- La insuficiencia del modelo biomédico para explicar claramente las conductas de salud y enfermedad.
- La importancia que se le dio a la calidad de vida y a la prevención de la enfermedad.
- El importante cambio a finales del siglo XX de las enfermedades infecciosas a las enfermedades crónicas-degenerativas como principal causas de mortalidad, lo cual dio la pauta para abocarse a la atención en los estilos de vida saludable y el incremento en la investigación aplicada sobre estos problemas

En relación a este último factor, Taylor, S. (2007), refiere que hasta el siglo XX, las mayor causa de enfermedad y muerte eran por enfermedades agudas, en contraposición con la actualidad donde las enfermedades crónicas son los

principales contribuyentes de incapacidad y muerte, especialmente en países industrializados.

Marks et al. (2008) atribuyó el rápido crecimiento de la Psicología de la Salud a tres factores:

- En los años setenta y ochenta hubo una creciente consciencia de las vastas cantidades de enfermedades y mortalidad determinadas por la conducta.
- La ideología de que los individuos son responsables de su propia salud.
- El desencanto relacionado con el cuidado biomédico de la salud, tanto en los pacientes como entre los practicantes.

1.2. Enfermedades Crónicas, Calidad de Vida y Psicología de la Salud

1.2.1. Generalidades sobre las Enfermedades Crónicas

Las enfermedades médicas de acuerdo a los criterios de rapidez y duración se pueden clasificar en dos categorías: agudas y crónicas; éstas últimas Oblitas, L., (2006), las define como: "un trastorno orgánico y funcional que obliga a una modificación del modo de vida normal del paciente y que ha persistido, o es probable que persista, durante largo tiempo". Además refiere que las

enfermedades crónicas difieren de las dolencias infecciosas en al menos tres aspectos:

- Su mayor duración.
- La influencia más importante de las conductas y estilos de vida inadecuados.
- La incidencia mayor entre la población mayor y de mediana edad.

El hecho de padecer un trastorno crónico no implica necesariamente tener una enfermedad grave o que pueda poner en peligro la vida de una persona, pero sí su calidad de vida y bienestar psicológico, lo cual constituye un gran reto para la Psicología Clínica de la Salud, al tener que brindar una intervención que minimice las complicaciones de una enfermedad establecida, dirigiendo esfuerzos a rehabilitar e impedir un mayor deterioro, después que la enfermedad ha sido tratada, enfatizándose en reducir al máximo la incapacidad o en incrementar las habilidades de afrontamientos (Raynoso, L. y Seligton, I.,2005).

1.2.2. Reacciones Emocionales ante el Diagnóstico de una Enfermedad Crónica

Las personas que adquieren una enfermedad crónica presentan un buen número de cambios significativos y profundos cuando afrontan la incidencia, permanencia y los efectos de la afección.

Es relevante destacar que el paciente interpreta la enfermedad, selecciona información atribuyéndole significados, basados en su sistema de creencias, valores personales y estilo de personalidad, que a su vez están basados en condicionantes socioculturales, genéticos y personales, resultando al final, que el hecho de estar enfermo, es una experiencia subjetiva, orientada por sus interpretaciones, emociones y forma de conducirse (Gómez, F., Pérez, M. y Corral, E., 2009).

Según Oblitas, L. (2006), diversos estudios del tema refieren que las personas que se enteran de que padecen una enfermedad crónica experimentan reacciones emocionales similares a las de aquellas que se enfrentan inicialmente a una situación de pérdida. Este conjunto de reacciones emocionales, que se denominan duelo, constan de las siguientes etapas:

- Negación: al momento en que las personas se enteran del diagnóstico de una enfermedad crónica, experimentan una pérdida (de salud y/o de autonomía) ante la que reaccionarán, inicialmente, mediante la negación del suceso (buscarán una segunda opinión, no hablarán del tema, pedirán que no se mencione a nadie lo que tiene etc), es decir tratarán de ocultarlo, hacer desaparecer o ignorar la enfermedad.
- Enojo: Después manifestarán irritación con el hecho de estar enfermo. En este momento el paciente ha “aceptado” que padece la enfermedad, (en el sentido de que ya no la niega), pero reclama o le parece “injusto” que le

haya ocurrido a él, transcurriendo un buen tiempo para que logre aceptarla realmente, sin enojo.

- desesperación y/o negociación.
- Depresión: la mayoría de las personas experimenta síntomas depresivos que, en algunos casos, requieren de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, debido a que ponen en riesgo la vida del sujeto. En este momento pueden surgir ideas de muerte o suicidio, o planeación y tentativa suicida.
- Reconciliación o aceptación de la realidad: finalmente, y en el mejor de los casos, el paciente llega a la etapa de aceptación o reconciliación con la realidad de estar enfermo, pero en algunas ocasiones, aquellos que padecen enfermedades crónicas no resuelven el hecho de estar enfermos, o tardan mucho tiempo en llegar a este importante paso: la reconciliación. En este caso “el duelo no está resuelto” y difícilmente se manifestará apego al tratamiento y a una calidad de vida aceptable, resultando de evidente importancia la intervención psicológica.

Estas reacciones emocionales, diversos autores han señalado que no se presentan necesaria o forzosamente de manera lineal, una tras de otra, por ejemplo, una persona puede pasar de la negación a la depresión, y después experimentar un fuerte enojo (Oblitas, L. 2006).

Las reacciones emocionales no adaptativas más frecuentes reportadas en el continuo y/o en relación con las consecuencias negativas de la enfermedad crónica son la depresión y la ansiedad. Además de que estas reacciones emocionales son *per se* causas de insatisfacción o malestar vital que ameritan tratamiento, se encuentran íntimamente relacionadas con problemas físicos, conductuales, sociales y cognitivos importantes. (Oblitas, L., 2006).

Si bien es cierto que las quejas emocionales de una persona con enfermedad crónicas afectan el bienestar psicológico y la calidad de vida del paciente, no es menos cierto que además repercuten en su autocuidado y apego a la terapia, su evolución y consecuencia, su curso y pronóstico, resultando obvia la importancia de desarrollar y aplicar intervenciones eficaces para pacientes con enfermedades crónicas no sólo dirigidas a aliviar los síntomas físicos sino también a apaciguar el sufrimiento psíquico.

Para Oblitas, L. (2009), sin duda alguna, el psicólogo forma parte importante del equipo de rehabilitación de una persona con enfermedad crónica al igual que el médico, el trabajador social, la enfermera y los terapeutas físicos entre otros; por las siguientes razones fundamentales:

- La Psicología, como ciencia que estudia la conducta humana, ha desarrollado métodos eficaces para adquirir, modificar y/o eliminar conductas. El proceso de rehabilitación de las personas con enfermedad

crónica generalmente compromete un cambio de hábitos o estilo de vida, en tanto que exige la adquisición de un repertorio relativamente extenso de nuevas conductas o hábitos.

- La gran mayoría de las personas que padecen una enfermedad crónica presentan reacciones de adaptación y quejas emocionales entre las que destacan la depresión y la ansiedad. Estos problemas emocionales merecen el tratamiento *per se*, y además, debido a que se relacionan con baja adherencia al tratamiento médico, morbilidad y mortalidad del paciente.

Respecto a éste último punto podemos citar que Rivas, L., (2004) concluye en su intervención psicoterapéutica en pacientes diagnosticadas con cáncer de mamá que las escalas sintomáticas más afectadas fueron la ansiedad y la depresión.

1.2.3. Calidad de Vida relacionada con la Salud

En la última década se ha incrementado notablemente el interés y los estudios acerca de la calidad de vida de las personas que padecen una enfermedad y para ello ha sido de suma utilidad el concepto de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

Patrick y Erickson (1993) citados por la Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (2007) la definen como: “el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y la disminución provocadas por una enfermedad, accidente, tratamiento o política”.

Según Hernández, *et. Al.* (2009), el concepto de calidad de vida relacionada con la salud implica:

“un nuevo modelo de salud en el que la persona o paciente es el protagonista; sus percepciones, prioridades y experiencias con una condición de salud específicas son los determinantes últimos de los beneficios de la atención sanitaria. El rol de la persona se convierte en fundamental en la relación clínica con el profesional sanitario, y su percepción sobre los efectos de una enfermedad concreta o la aplicación de un determinado tratamiento tendrá consecuencias directas sobre su bienestar físico, emocional y social”

De esta manera, la calidad de vida relacionada con la salud se convierte en una forma de evaluación de los beneficios y consecuencias de las intervenciones terapéuticas para enfrentar una enfermedad.

La calidad de vida relacionada con la salud es un concepto multifactorial, en el cual podemos evaluar tres dominios básicos:

- Físico: evalúa atributos como síntomas, funcionamiento físico y discapacidad.

- Psicológico: evalúa atributos como satisfacción, bienestar, ansiedad, depresión y autoestima.
- Social: evalúa las relaciones interpersonales del paciente, su actividad diaria, su rehabilitación laboral, etc.

2. DISCAPACIDAD

2.1. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía

La primera aproximación a una nueva conceptualización del hecho de la discapacidad, en el afán de superar las anteriores nociones limitadoras individualistas y excluyentes, se debe a la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en el año 1980 publicó dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM), al considerar que esta problemática sobrepasaba la internacional de enfermedades en las que se inscribía, por lo que fue necesario crear un nomenclatura específica para englobar esos aspectos (Defensor del pueblo Andaluz, 2003).

Originalmente la CIDDM constaba de tres dimensiones relacionadas entre sí, pero a la vez bien diferenciadas: deficiencias, discapacidades y minusvalías.

Méndez, E., (1991), define y caracteriza estos tres conceptos de la siguiente forma:

- **Deficiencia:** es cualquier pérdida o anormalidad de la estructura o de la función psicológica, fisiológica o anatómica”, que se caracteriza por pérdida o anomalías que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental. La deficiencia representa la exteriorización de un estado patológico y, en principio, refleja perturbaciones a nivel de órgano o estructura corporal.
- **Discapacidad:** es “cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad de la misma forma que la que se considere normal”. La discapacidad se caracteriza por exceso o insuficiencia en el desempeño y comportamiento de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles y progresivos o regresivos. Una discapacidad puede surgir como consecuencia directa de una deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo. Las mismas se hacen visibles cuando interfieren con las actividades de la vida diaria y el individuo experimenta una toma de conciencia de sus limitaciones, lo cual puede representar

consecuentemente en cambios en su identidad (temor, vergüenza, depresión etc).

- La minusvalía: es una “condición de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores socioculturales. Se relaciona con el valor atribuido a la situación o experiencia de un individuo, cuando se aparta de la norma y se caracteriza por la discordancia entre el rendimiento o estatus del individuo las expectativas del individuo mismo o del grupo, concreto al que pertenece. Representa, la socialización de una deficiencia o discapacidad, y como refleja las consecuencias culturales, sociales, económicas y ambientales, que para el individuo, se derivan de la presencia de la deficiencia y discapacidad.

Trujillo, Cuervo y Villates (1996) citados por Polonio, B., (2003), señalan que la importancia de esta clasificación radica en la comprensión y categorización de las discapacidades de carácter funcional y su impacto en el vivir cotidiano de las personas que la padecen (discapacitadas) y en el reconocimiento de las desventajas sociales (minusvalías) que obstaculizan el desempeño autónomo y satisfactoria de la persona en ambientes cotidianos.

Veinte años después de aprobada la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la OMS, aborda una nueva clasificación más acorde con las nuevas tendencias y principios de política social que aspiran a universalizarse en el nuevo siglo, como son: los derechos humanos, la inclusión, la normalización y la igualdad de oportunidades. En la actualidad la OMS ha establecido una nueva descripción de la salud y de los estados relacionados con la salud, la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud conocida como CIF y la cual pretende proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado, y un nuevo marco conceptual para la comprensión del concepto de salud (Polonio, B., 2003).

Según Pereña, M., (2006), en la CIF, la discapacidad se utiliza como término genérico para referirse a los déficits, las limitaciones en las actividad y las restricciones en la participación, poniendo de manifiesto los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con problemas de salud y su entorno físico y social.

Dentro del término de discapacidad se incluye:

- Déficit en el funcionamiento: es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental.
- Limitaciones en la actividad: es la dificultad en la ejecución de las actividades que un individuo puede tener.

- **Restricción de la participación:** son los problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales, en el contexto en el que vive.

2.2. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

El objetivo principal de esta clasificación es brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. El concepto de funcionamiento se puede considerar como un término global, que hace referencia a todas las Funciones Corporales, Actividades y Participación; de manera similar, discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones en la actividad, o restricciones en la participación.

La CIF pertenece a la familia de clasificaciones internacionales desarrolladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que pueden ser aplicadas a varios aspectos de la salud. Esta ha pasado de ser una clasificación de consecuencias de enfermedades (CIDDM) a una clasificación de componentes de salud. Los componentes de salud identifican los constituyentes de la salud, mientras que las consecuencias se refieren al efecto debido a las enfermedades u otras condiciones de salud.

La CIF tiene dos partes, cada una con dos componentes:

1º. El Componente de Funcionamiento y Discapacidad:

- a. El componente Cuerpo consta de dos clasificaciones, una para funciones de los sistemas corporales, y otra para las estructuras del cuerpo.
- b. El componente de Actividades y Participación cubre el rango completo de dominios que indican aspectos relacionados con el funcionamiento tanto desde una perspectiva individual como social

2º. Componentes de Factores Contextuales:

- a. El primer componente de los factores Contextuales es una lista de Factores Ambientales. Los Factores Ambientales ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados partiendo del contexto/entorno más inmediato al individuo y llegando hasta el entorno general.
- b. Los Factores Personales son un componente de los Factores Contextuales pero no están clasificados en la CIF debido a la gran variabilidad social y cultural asociada con ellos.

3. LA OSTOMÍA

3.1. Generalidades Sobre el Estoma

La confección de un estoma es parte integrante de muchas intervenciones quirúrgicas indicadas por patologías o circunstancias médica de diversa índole.

Tamames, S. y Martinez, C. (2000) definen un estoma u ostomía como “el abocamiento de una víscera hueca o de un conducto a la piel, a otras víscera hueca o a una cavidad artificial”.

El orificio que se practica en la piel y que conecta el órgano interno directamente con el exterior del cuerpo se denomina estoma y se realiza por medio de una operación quirúrgica en la que se extirpa la parte afectada y se crea una abertura o boca que se abre directamente al exterior del cuerpo. De ahí su nombre del latín OS (boca) y el griego TOMOS (corte) (Guía para Ostomizados).

La ostomía puede realizarse en cualquier tipo de aparato o sistema orgánico: respiratorio, digestivo, urinario o vascular (la raíz a la que se une este sufijo hace referencia al órgano en el cual se practica la abertura) y su finalidad es la de compensar las funciones que realizaba el órgano que ha sido necesario extirpar o, en su caso aislar del tránsito de manera temporal o definitiva (Guía para Ostomizados).

Existen varios tipos de ostomías según lo que se exteriorice (Corella, J. 2005):

- Estomas digestivos: cuando el abocamiento es de una parte del tubo digestivo al exterior.
- Traqueostomías: se aboca la tráquea al exterior.
- Urostomías: se exterioriza la vía urinaria (uréter)

En el caso de los estomas digestivos según el tramo exteriorizado, reciben distintas denominaciones. Siguiendo el orden descendente desde el inicio del tubo digestivo hasta su final, definimos los siguientes estomas:

- Faringostomía: abocamiento de la faringe al exterior.
- Esofagostomía: exteriorización del esófago cervical.
- Gastrostomía: abocamiento del estómago al exterior.
- Duodenostomía: comunicación del duodeno con el exterior.
- Yeyunostomía: comunicación del yeyuno con el exterior.
- Ileostomía: abocamiento del íleon al exterior.
- Colostomía: exteriorización de cualquier tramo del colon (cecostomía, transversostomía, sigmoidostomía) (Corella, J. 2005).

Actualmente, en las sociedades avanzadas, el cáncer colorrectal es el tumor más frecuente con una clara tendencia temporal ascendente. Esta realidad implica la presencia de personas ostomizadas en nuestro entorno social, y sobre todo, en el quehacer profesional. Las ostomías digestivas, es decir, abocar el intestino a la pared abdominal con fines excretores, constituye una agresión a la funcionalidad y a la imagen corporal. La bibliografía documenta la repercusión que esto tiene sobre las distintas facetas del ser humano, viéndose afectados los hábitos higiénicos, la alimentación, la conducta alimentaria, el modo de vestir, el ocio, la sexualidad, o la vida social y laboral. Por otra parte, la ostomía influye en aspectos más ligados a la interioridad de las personas como es la corporalidad o el autoconcepto (Martín, B., Panduro, R., Crespillo, Y, Rojas, L.y González, S., 2010).

3.1.1. Productos Sanitarios y Cuidados

Los productos sanitarios para Ostomizados se clasifican en dos grupos:

- Dispositivos colectores o bolsas: los cuales pueden ser abiertos (puede vaciarse a través de su extremo inferior permitiendo volver a utilizarse) o cerrados (no puede volver a vaciarse teniendo que desecharse cada vez que se cambia). Cada tipo de bolsa puede encontrarse en dos sistemas: de una sola pieza (el adhesivo forma una única pieza con la bolsa; una vez utilizada, se desecha todo), de 2/3 pieza (el adhesivo y la bolsa van por

separado; el adhesivo puede permanecer puesto 3-4 días si no se despega).

El uso de cada uno de los anteriores dispositivos colectores estará en función de la naturaleza de la excreta (orina o heces), la consistencia de las heces y fundamentalmente, de la resistencia de la piel del paciente.

- **Accesorios complementarios:** Incluye diversos productos que pueden oscilar desde dispositivo para la incontinencia de heces (tapón con obturador y sistema de irrigación) que permiten controlar el momento de la deposición (deben usarse bajo la recomendación y supervisión del especialista), accesorios para la bolsa (cinturón para la sujeción de la bolsa, desodorante para introducir dentro de la bolsa, pinzas para bolsas abiertas, filtros, pasta o resinas moldeables para ajustar el dispositivo en estomas complicados o pieles irritadas.), y accesorios para el cuidado de la piel (toallitas y lociones limpiadoras, crema de barrera para la piel y producto para espesar las heces dentro de la bolsa).

La piel que circunda el Estoma debe limpiarse suavemente con agua y jabón neutro, mediante movimientos circulares de dentro hacia afuera, posteriormente debe secarse mediante toques suaves con una toalla y sin rozamientos bruscos.

La bolsa se coloca cuando la piel está limpia y completamente seca.

Las personas con una ostomía, en general pueden tomar cualquier tipo de alimento, considerando que después de la intervención es recomendable ir incorporando a la diete pequeñas cantidades de los diferentes alimentos para saber cómo reacciona el organismo delante de los mismos. Es preferible repartir las comidas en cinco tomas, según las características y necesidades nutricionales de cada paciente.

No hay inconveniente en vestir prácticamente como antes, será suficiente con tener la precaución de que ninguna prenda haga presión sobre el punto de la ostomía (Guía para Osozmizados).

3.2. Impacto Psicológico del Estoma

El estoma suele generar con frecuencia gran sensación de inseguridad, miedo, angustia, etc. y no siempre el paciente tiene facilidad para expresar esas vivencias emocionales, reprimiendo sus sentimientos por miedo a no ser comprendido o de no saber explicar claramente su situación. Muchas veces estos temores suponen cambios en su psiquismo (afectividad, sociabilidad, juegos, deportes, actividad laboral, sexualidad, etc.) que afectan a su modo de vida. Un amplio estudio realizado por Nugent, citado por Corella, J. 2005, sobre 391 pacientes, muestra como un 80% de pacientes modifica su estilo de vida y más del 40% tienen problemas relativos a su vida sexual.

Entre los factores que determinaran el impacto emocional que va a tener una ostomía en el paciente Corella, J. (2005), destaca:

- El diagnóstico y el pronóstico de la enfermedad
- El carácter temporal o permanente de la ostomía
- La atención dispensada por el sistema sanitario
- El sexo y la edad del paciente
- El estoma como consecuencia de una experiencia particularmente traumática

La creación de un estoma supone una fuente importante de estrés, porque exige al paciente un nuevo ajuste a su entorno psicosocial, y un nuevo concepto de imagen corporal que incluye el nuevo conocimiento que tiene de su cuerpo, y que se fija básicamente en su estoma y en los cuidados que con él tendrá que tener diariamente. Uno de los aspectos psicológicos más afectados del paciente al que se le ha confeccionar un estoma (sobre todo en caso de que sea definitivo), es la imagen corporal, porque lo enfrenta a tener que aceptar un nuevo orificio en su cuerpo, por el que van a exteriorizarse sus heces, orina, olores, etc. “Estos pacientes tienen problemas de relación social y de aceptación de su imagen corporal, derivados de cambios referidos al tránsito intestinal (olores, ruidos, manchas, etc.) y a la propia abertura intestinal (algo extraño, algo anómalo en al cuerpo, mutilante, aborrecible, etc.)” (Corella, J. 2005).

La alteración anatómica y funcional no sólo repercute sobre la imagen corporal sino también sobre la respuesta sexual del paciente. Durante la enfermedad, una pérdida del sentido de “plenitud”, especialmente en relación con la imagen corporal, puede causar gran ansiedad acerca de la capacidad de ejercer la propia sexualidad. Los sentimientos de valía personal y de capacidad de atraer a otra persona se ven amenazados precisamente en el momento en que aumenta la necesidad de intimidad. La soledad y el aislamiento exacerban el estrés psicológico de los pacientes y ocasionan pérdida de la sexualidad (Corella, J. 2005).

Además de la vergüenza y la influencia negativa que el estoma pueda tener durante la actividad sexual, la amputación del recto puede implicar una pérdida de fibras nerviosas de los sistemas simpático y parasimpático (plexos hipogástricos), que gobiernan el control de la función sexual, o sea que la propia intervención que requirió la ostomía puede deteriorar las funciones sexuales por motivos orgánicos, a lo cual probablemente con posterioridad se añadirán los psicológicos. Todas las dificultades sexuales tienen un aparte psicológica, incluso si su origen es orgánico. Un hombre impotente o una mujer con dispareúnia sufren una creciente preocupación de no ser capaces de satisfacer a su pareja, lo cual no hace si no agravar el problema (Corella, J. 2005).

La inhibición sexual no sólo restringe las posibilidades de comunicación dentro de la pareja, sino que también refuerza los conceptos negativos personales y puede desencadenar una fuerte depresión. La disminución de la libido se relaciona con la capacidad de adaptación a su nueva imagen corporal, la intensidad de comunicación con el cónyuge, la aceptación por otros, y la reintegración en el medio sociolaboral.

3.2.1. Proceso de Adaptación y Apoyo familiar al Ostomizado

Durante el proceso de adaptación a la ostomía, Smith y Heneghan citados por Corella, J. (2005) señalan cuatro fases: la primera fase, de "shock", viene caracterizada por la anestesia emocional y la incapacidad para tomar decisiones; la segunda fase representa una depresión reactiva, en la que resulta imprescindible el apoyo de los cuidadores (tanto familiares como sanitarios); la fase de reconocimiento y aceptación representa el momento en que los pacientes empiezan a aceptar las complicaciones de su ostomía, exigiendo respuestas a preguntas concretas e interesándose por su autonomía y el cuidado de su estoma; la última etapa es la de resolución, aceptando la pérdida de su imagen corporal perfecta y la modificación de su estado físico y funcional, adaptándose a ellos y restableciendo su vida social.

Algunos pacientes, que no han conseguido asimilar el cambio corporal sufrido, desarrollan ciertos rituales en cuanto al estoma y cuidado del mismo; por

ejemplo, levantarse a media noche para atender sus necesidades con el fin de que ningún familiar le interrumpa u observe en esta actividad "desagradable", o exagerar hasta lo autolesivo las rutinas de limpieza. Evidentemente, en la aceptación del estoma y de su nueva imagen corporal, tiene una estrecha relación la actitud de los miembros significativos de su familia, sobre todo el cónyuge. Si éste rechaza, aunque sea inconscientemente, el nuevo aspecto corporal de su compañero/a, el proceso de adaptación a este nuevo esquema corporal resultará mucho más difícil.

La adaptación es un proceso dinámico que se inicia con la realización del estoma y debe continuar cuando se sale del entorno protegido que es el hospital. El retorno al ambiente socio-familiar de cada individuo impone nuevos retos para la adaptación y nuevas fuentes de estrés. Se inicia entonces un largo camino para la persona ostomizada en el que debe asumir en solitario los cuidados del estoma, la vuelta a la vida social, reanudar la actividad sexual, las actividades de ocio o comenzar a trabajar. Todo ello exige un esfuerzo de reajuste para ir superando las dificultades que impone su nueva condición.

La falta de apoyo social y familiar al paciente puede llevarlo con relativa facilidad a una fuerte depresión e incluso suicidio.

4. CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL TRASTORNO

4.1. Trastorno de Adaptación

Se denomina trastorno adaptativo al conjunto de síntomas emocionales y/o conductuales observados como reacción a un evento estresor vivenciado como importante por parte del que manifiesta los síntomas.

Este tipo de trastorno empeora, en general, patologías médicas existentes o complican el tratamiento de enfermedades existentes. De igual manera este tipo de trastornos están asociados a incrementos de riesgo de suicidio e intentos suicidas.

4.1.1. Características Diagnósticas

El Manual de diagnóstico mentales DSM-IV-TR refiere que la característica esencial del trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante (Criterio A). La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior a la esperable dada la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social o profesional (o académica) (Criterio B). Esta categoría no debe utilizarse si el trastorno cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I (p. ej., trastorno por ansiedad o del estado de ánimo) o es

simplemente una exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o del Eje II (Criterio C). Sin embargo, puede diagnosticarse un trastorno adaptativo en presencia de otro trastorno del Eje I o del Eje II si este último no explica el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante. El diagnóstico de trastorno adaptativo no se aplica cuando los síntomas representan una reacción de duelo (Criterio D). Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias) (Criterio E). Sin embargo, los síntomas pueden persistir por un período prolongado de tiempo (p. ej., más de 6 meses) si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p. ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio). El estresante puede ser un acontecimiento simple (p. ej., la terminación de una relación sentimental) o deberse a factores múltiples (p. ej., dificultades importantes en los negocios y problemas conyugales). Los estresantes son a veces recurrentes (p. ej., asociados a crisis estacionales en los negocios) o continuos (p. ej., vivir en un barrio de criminalidad elevada). El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad (p. ej., como sucede en una catástrofe natural). También hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo (p. ej., ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales, jubilarse).

4.1.2. Subtipos y especificaciones

El Manual de diagnósticos mentales DSM-IV-TR codifica los trastornos adaptativos de acuerdo con el subtipo que mejor caracteriza los síntomas predominantes:

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.

F43.28 Con ansiedad [309.24]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.

F43.22 Mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]. Este subtipo debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]. Este subtipo debe usarse cuando las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (v. subtipo anterior).

F43.9 No especificado [309.9]. Este subtipo debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de trastorno adaptativo.

La duración de los síntomas de un trastorno adaptativo puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones:

- **Agudo:** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.
- **Crónico:** Esta especificación puede utilizarse para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más. Por definición, los síntomas no pueden persistir durante más de 6 meses después de la desaparición del estresante o de sus consecuencias. La especificación crónica se aplica cuando la duración de la alteración es superior a 6 meses en respuesta a un estresante crónico o a un estresante con consecuencias permanentes.

4.1.3. Criterio para el diagnóstico de trastornos adaptativos

El diagnóstico de trastorno adaptativo requiere el cumplimiento de los siguientes criterios:

- A.** La aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable tiene lugar dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del estresante.
- B.** Estos síntomas o comportamientos se expresan, clínicamente del siguiente modo:
 - 1.** malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante
 - 2.** deterioro significativo de la actividad social o laboral.
- C.** La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico del Eje I y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente del Eje I o el Eje II.
- D.** Los síntomas no responden a una reacción de duelo.

Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias), los síntomas no persisten más de 6 meses.

4.1.4. Estado de Ánimo Depresivo

Aunque la depresión juega un papel importante en la mayoría de los trastornos del estado de ánimo, la palabra depresión es parte de nuestro vocabulario diario. Es importante darse cuenta de que sentirse deprimido no es lo mismo que tener un trastorno depresivo. Técnicamente, cuando las personas dicen que se siente deprimida, “con baja energía” o “abatido”, están experimentando un estado de ánimo depresivo. A menudo estos sentimientos están basados en una situación temporal y desaparecen rápidamente cuando las circunstancias cambian. Estos sentimientos, aunque son desagradables, son bastantes diferentes de sentirse bajo la nube negra que acompaña a un trastorno depresivo mayor.

El término depresión cubre una variedad de cambio en los estados de ánimos negativos y en la conducta. Algunas fluctuaciones en el estado de ánimo son normales y otras coinciden con la definición de los problemas clínicos. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero. Puede abarcar desde un sentimiento de melancolía relativamente menor hasta una visión profundamente negativa del mundo y una incapacidad para funcionar en forma eficaz. (Sarason, I., y Sarason, B., 2006)

Clínicamente el diagnóstico de depresión se realiza basándose en la observación de cambios a nivel del estado de ánimo (tristeza, melancolía, irritabilidad, falta

de disfrute, preocupación, apatía...), de la cognición (baja autoestima, sentimiento de culpa, inseguridad y duda, dificultades en la concentración y nivel de atención, delirios...), de la conducta (cambio en la actividad psicomotriz, abandono del aseo y del cuidado personal, llanto, aislamiento social, ausencias laborales, tentativas autolíticas o suicidios) y del estado físico (cambios en el ritmo de sueños, del apetito y de la libido, quejas somáticas diversas, variaciones del peso...). (Alberca, R., 2001)

4.1.5. Estado de Ansiedad

La ansiedad es un concepto muy popular, pero no siempre bien entendido. Una definición aceptable de ansiedad sería “un estado subjetivo de incomodidad, malestar, tensión, displacer y alarma que hace que el sujeto se sienta molesto”. Se trata de una emoción que aparece cuando el sujeto se siente amenazado por un peligro, que puede ser externo o interno. La respuesta ante esta situación es evitar la ansiedad mediante diversos procedimientos. Jarne, A., Talarn, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E. (2006).

Normalmente la función de la ansiedad sería movilizar activar al individuo frente a situaciones consideradas amenazantes de forma que pueda neutralizarlas abordarlas o asumirlas satisfactoriamente En algunos casos en función de la estrategia defensiva, pueden actuar no como promotor de la acción sino como inhibidor procesos ambos que requieren una elevada activación psicofisiológica.

Es importante resaltar el carácter anticipatorio que tiene la ansiedad la cual previene al individuo de peligros y amenazas por lo que desempeña un papel importante para la adaptación del individuo sin embargo cuando la respuesta ansiosa se anticipa a un peligro irreal puede producir respuestas desproporcionadas ante situaciones irreales, puede ser vista como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa

En un ámbito descriptivo, podemos describir tres áreas en la que repercute la ansiedad sobre la persona: área cognitiva (temor, espera de un peligro, sentimientos pesimistas, preocupación por el futuro, malestar difuso, mal funcionamiento de la atención, memoria, concentración, etc.), área conductual o relacional (irritabilidad, inquietud, temblores, discusiones, tensión familiar y ambiental, etc.) y área somática (hiperactividad vegetativa) Jarne, A., et al (2006)

CAPITULO II
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

1. MODELOS DE INTERVENCIÓN COGNITIVO - CONDUCTUAL

1.1. La Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis

Esta corriente fue presentada por primera vez por Albert Ellis en 1956 con el nombre de “Rational Therapy” luego reemplazado por el de “Rational-Emotive Therapy o RET” y finalmente, a partir de 1994, denominada “Rational Emotive Behavior Therapy” o “REBT”. (En español la denominamos: Terapia Racional Emotiva Conductual o “TREC”) Obst, J. (2004).

Ellis considera que el núcleo de su teoría está representada por una frase sencilla atribuida al filósofo estoico griego Epíteto: “Las personas no se alteran por los hechos, sino por lo que piensan acerca de los hechos”. Sintética y gráficamente resumió su teoría en lo que denomino el “ABC” recordando que “entre A y C siempre está B”.



“A” representa el acontecimiento activador, suceso o situación. Puede ser una situación o acontecimiento externo o un suceso interno (pensamiento, imagen, fantasía, conducta, sensación, emoción, etc.).

“B” representa en principio al sistema de creencias, pero puede considerarse que incluye todo el contenido del sistema cognitivo (pensamientos, recuerdos, imágenes, supuestos, inferencias, actitudes, atribuciones, normas, valores, esquemas, filosofía de vida, etc.).

Con respecto a las cogniciones, la TREC distingue las siguientes:

- Observaciones (no evaluadoras) que se limitan a lo observado.
- Inferencias (no evaluadoras) que incorporan hipótesis o supuestos que pueden ser acertados o erróneas.
- Evaluaciones preferenciales.
- Evaluaciones demandantes

Las evaluaciones son denominadas por Ellis: “creencias” y calificadas como “irracionales” las demandantes y como “racionales” las preferenciales.

Dentro del sistema es importante diferenciar las inferencias de las creencias:

- Las inferencias pueden ser acertadas (ajustadas a la realidad) o erróneas.
- Las creencias pueden ser “racionales” o “irracionales”.

“C” representa la consecuencia o reacción en ocasión de la situación “A”. Las “C” pueden ser de tipo emotivo (emociones), cognitivo (pensamientos) o conductual (acciones).

Con respecto a las consecuencias, la TREC distingue entre:

- Las “apropiadas” (“funcionales” o “no perturbadas”) y
- Las “inapropiadas” (“disfuncionales” o “autosaboteadores”) Obst, J. (2004).

El concepto sostenido por la corriente cognitiva conductual, es que las emociones son muy importantes y cumplen funciones imprescindibles.

Las emociones son necesarias, porque cumplen tres importantes funciones en las personas:

- Nos informan de diversos desequilibrios en nuestra vida.
- Generan la motivación y el impulso o energía necesarios para actuar superando las situaciones negativas o desequilibrios detectados.
- Son medios de comunicación para informar a los que nos rodean sobre nosotros, nuestros deseos y/o intenciones.

Algunas reacciones son más apropiadas o funcionales que otras para lograr nuestras metas. Así podemos ver que hay reacciones que nos sirven y otras que no nos sirven o que nos alejan de nuestras metas. A las primeras las llamamos funcionales o apropiadas y a las segundas disfuncionales, inapropiadas o “autosaboteadoras”; radicando la diferencia entre ambas en dos condiciones:

1. Que la intensidad sea acorde a la situación con referencia a la cual se genera.
2. Que favorezca, si fuera posible o al menos, que no sea contraproducente o adversa a:
 - a. Preservar la vida.
 - b. Preservar la salud.
 - c. Evitar el sufrimiento.
 - d. Resolver problema, si se pudiera.
 - e. Lograr las metas u objetivos de la persona.

Las emociones (o conductas) inapropiadas se caracterizan por:

1. Causar un sufrimiento innecesario o desproporcionado con respecto a la situación.

2. Llevar (o implicar) comportamientos “auto-saboteadores” (contrarios a los propios intereses u objetivos).
3. Dificultar (o impedir) la realización de las conductas necesarias para lograr los objetivos propios.
4. Estar asociada a “creencias irracionales”.

Actualmente, la denominación “creencia irracional” se ha destinado especialmente a las demandas.

Ellis descubrió que, habitualmente, los pacientes se perturbaban por tener pensamientos que se basaban en una actitud demandante. Esa actitud se evidenciaba cuando, debajo de otros pensamientos, aparecía alguno que expresaba una demanda o exigencia absolutista, rígida e intolerante. Estas demandas, pueden estar dirigidas hacia el mundo, hacia otras personas o hacia nosotros mismos.

Ellis denominó a las demandas absolutistas: “creencias irracionales”. Obst, J. (2004)

1.1.1. La Naturaleza de la salud y las alteraciones psicológicas para la Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

El trastorno psicológico, como ya ha quedado expuesto, deriva de las CREENCIAS IRRACIONALES. Una creencia irracional se caracteriza por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible.

Ellis (1962, 1981, 1989 y 1990) citado por Ruiz, J. y Cano, J. (2002) propone que las tres principales creencias Irracionales Primarias son:

- a. Referente a la meta de Aprobación/Afecto: "Tengo que conseguir el afecto o aprobación de las personas importantes para mí".
- b. Referente a la meta de Éxito/Competencia o Habilidad personal: "Tengo que ser competente (o tener mucho éxito), no cometer errores y conseguir mis objetivos".
- c. Referente a la meta de Bienestar: "Tengo que conseguir fácilmente lo que deseo (bienes materiales, emocionales o sociales) y no sufrir por ello".

Estas experiencias entrecomilladas serían representaciones-modelos de las tres principales creencias irracionales que hacen vulnerable a las personas a padecer trastornos emocionales en los aspectos implicados en esas metas.

Hay tres creencias irracionales, derivadas de las primarias o creencias secundarias, que a veces son primarias, que constituirían el segundo eslabón cognitivo del "procesamiento irracional de la información":

- a. Referente al valor aversivo de la situación: TREMENDISMO. "Esto es horroroso, no puede ser tan malo como parece".
- b. Referente a la capacidad para afrontar la situación desagradable: INSOPORTABILIDAD. "No puedo soportarlo, no puedo experimentar ningún malestar nunca".
- c. Referente a la valoración de si mismo y otros a partir del acontecimiento: CONDENA. "Soy/Es/Son...un X negativo (p.e inútil, desgraciado...) porque hago/hace-n algo indebido".

En un tercer eslabón cognitivo, y menos central para determinar las consecuencias emocionales, estarían las distorsiones cognitivas o errores inferenciales del pensamiento, que serían evaluaciones cognitivas más ligadas a las situaciones específicas y no tan centradas como las creencias irracionales.

Refiere Ruiz, J. y Cano, J. (2002) que Ellis, es el único terapeuta cognitivo que llega a distinguir entre consecuencias emocionales negativas y apropiadas o patológicas. El hecho de experimentar emociones negativas no convierte ese estado en irracional necesariamente, ni la racionalidad de la terapia racional emotiva (R.E.T) puede ser confundida con un estado "apático, frío o insensible"

del sujeto. Lo que determina si una emoción negativa es o no patológica es su base cognitiva y el grado de malestar derivado de sus consecuencias.

La salud psicológica sería todo aquello que contribuiría a que el sujeto consiguiera sus metas con más probabilidad; es decir el autodoctrinamiento en las creencias racionales y su práctica conductual.

1.1.2. Principales técnicas de tratamiento TREC

Ellis (1989) citado por Ruiz, J. y Cano, J. (2002) clasifica las principales técnicas de la TREC en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas:

❖ Técnicas Cognitivas:

- **Detección:** Consiste en buscar las Creencias irracionales que llevan a las emociones y conductas perturbadoras. Para ello se suele utilizar autorregistros que llevan un listado de creencias irracionales, permitiendo su identificación (p.e el DIBS) o un formato de auto/preguntas para el mismo fin.
- **Refutación:** Consiste en una serie de preguntas que el terapeuta emplea para contrastar las creencias irracionales (y que posteriormente puede emplear el paciente). Estas suelen ser del tipo: "¿Qué evidencia tiene para

mantener que?", "¿Dónde está escrito que eso es así?", "¿Por qué sería eso el fin del mundo?", etc.

- **Discriminación:** El terapeuta enseña al paciente, mediante ejemplos, la diferencia entre las creencias racionales o irracionales.
- **Tareas cognitivas para casa:** Se utilizan con profusión los autorregistros de eventos con guías de refutación (p.e el DIBS), Cintas de casete con las sesiones donde se ha utilizado refutación, Cintas de cassetes sobre temas generales de RET y biblioterapia RET.
- **Definición:** Se enseña a utilizar el lenguaje al paciente de manera más racional y correcta ("p.e en vez de decir No puedo, decir, todavía no pude.").
- **Técnicas referenciales:** Se anima al paciente ha hacer un listado de aspectos positivos de una característica o conducta, para evitar generalizaciones polarizantes.
- **Técnicas de imaginación:** Se utilizan, sobretodo, tres modalidades: (1) La Imaginación Racional Emotiva (IRE) donde el paciente mantiene la misma imagen del suceso aversivo (Elemento A, del ABC) y modifica su respuesta emocional en C, desde una emoción inapropiada a otra apropiada, aprendiendo a descubrir su cambio de la creencia irracional.

(2) La proyección en el tiempo: el paciente se ve afrontando con éxito eventos pasados o esperados negativos a pesar de su valoración catastrofista. (3) Hipnosis: Técnicas hipnosuggestivas en conjunción con frases racionales.

❖ **Técnicas Emotivas:**

- Uso de la aceptación incondicional con el paciente: Se acepta al paciente a pesar de lo negativa que sea su conducta como base o modelo de su propia autoaceptación.
- Métodos humorísticos: Con ellos se anima a los pacientes a descentrarse de su visión extremadamente dramática de los hechos.
- Autodescubrimiento: El terapeuta puede mostrar que ellos también son humanos y han tenido problemas similares a los del paciente, para así fomentar un acercamiento y modelado superador, pero imperfecto.
- Uso de modelado vicario: Se emplea historias, leyendas, parábolas, etc., para mostrar las creencias irracionales y su modificación.
- Inversión del rol racional: Se pide al paciente que adopte el papel de representar el uso de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos.

- Ejercicio de ataque a la vergüenza: Se anima al cliente a comportarse en público de forma voluntariamente vergonzosa, para tolerar así los efectos de ello. (p.e "Pedir tabaco en una frutería")
- Ejercicio de riesgo: Se anima al paciente a asumir riesgos calculados (p.e hablar a varias mujeres para superar el miedo al rechazo).
- Repetición de frases racionales a modo de autoinstrucciones.
- Construcción de canciones, redacciones, ensayos o poesías: Se anima al paciente a construir textos racionales y de distanciamiento humorístico de los irracionales.

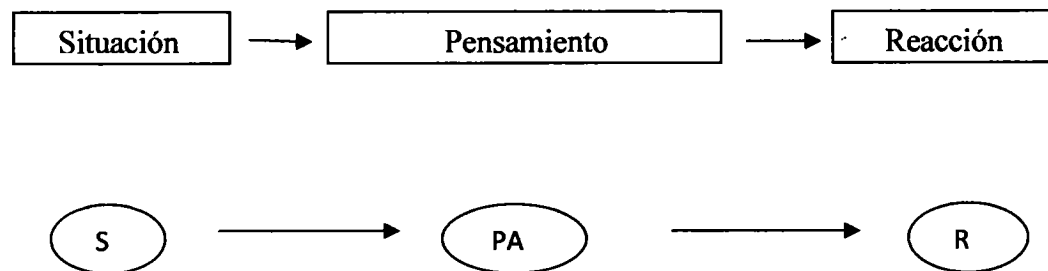
❖ **Técnicas Conductuales:**

- Tareas para casa del tipo exposición a situaciones evitadas.
- Técnica de "Quedarse allí": Se anima al paciente a recordar hechos incómodos como manera de tolerarlos.
- Ejercicios de no demorar tareas: Se anima al paciente a no dejar tareas para "mañana" para no evitar la incomodidad.
- Uso de recompensas y castigos: Se anima al paciente a reforzarse sus afrontamientos racionales y a castigarse sus conductas irracionales.
- Entrenamiento en habilidades sociales, especialmente en asertividad.

1.2. Terapia Cognitiva de Aaron T. Beck

La terapia Cognitiva está basada en el modelo cognitivo que postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es una situación en y por sí misma la que determina lo que una persona siente, sino más bien la forma en que ella interpreta la situación (Ellis, 1962; Beck, 1964) citados por Obst, J. (2004).

La psicoterapia Cognitiva destaca que lo que las personas piensan y perciben sobre sí mismas, y el futuro es relevante e importante y tiene efecto directo en cómo se sienten y actúan (Dattilio&Padesky, 1990) citados por Obst, J. (2004).



Las reacciones pueden ser:

- Emotivas
- Conductuales
- Fisiológicas.

Los pensamientos automáticos son los pensamientos evaluativos, rápidos y breves que no suelen ser el resultado de una deliberación o razonamiento, sino más bien parecen brotar automáticamente. Estos pensamientos pueden tener forma verbal (“lo que me estoy diciendo a mí mismo”) y/o visual (imágenes). Obst, J. (2004).

Los pensamientos automáticos surgen de las creencias. Estas creencias son ideas que son tomadas por la persona como verdades absolutas. A veces los pensamientos automáticos son las mismas creencias y a veces son derivados de las creencias.

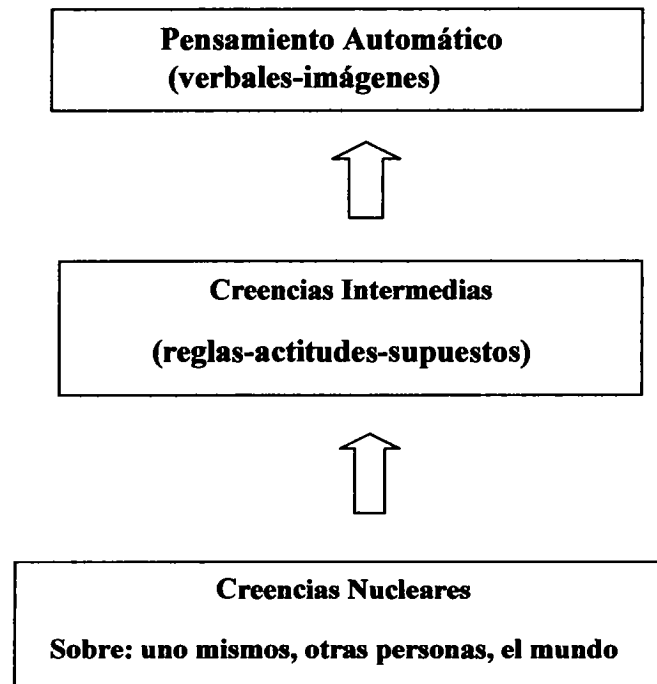
Las creencias más centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas frecuentemente no las expresan ni aún a sí mismas, o no tienen clara conciencia de ellas. Estas creencias nucleares desarrolladas desde la infancia consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismo, de las otras personas y del mundo. Beck ha dicho que son el significado o contenido cognitivo de los esquemas. Obst, J. (2004).

Las creencias nucleares representan el nivel más profundo, fundamental, rígido y global de interpretación, que influye en los otros niveles. Los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y representan el nivel más superficial de cogniciones. Entre ambos

niveles están las denominadas creencias intermedias, influidas por las nucleares (e influyentes sobre los pensamientos automáticos) (Obst, J. 2004).

Las creencias intermedias están constituidas por: reglas (normas), actitudes y supuestos.

Representación del sistema básico propuesto:



Beck (1995) citado por Obst, J. (2004). considera disfuncionales a los pensamientos que:

- a. Distorsionan la realidad

- b. Son causa de perturbación emocional (emociones disfuncionales)
- c. Interfieren con la capacidad del paciente para lograr sus metas

De acuerdo a lo anterior los pensamientos se pueden evaluar en función de dos conceptos: su validez (ajuste a la realidad-concepción positiva) y/o su utilidad o consecuencias (concepción pragmática y coincidente con la corriente constructivista).

Un pensamiento puede ser disfuncional por uno o más de los siguientes criterios:

- No coinciden con los hechos observables (realidad)
- Aunque se ajustan a la realidad en la observación, incluyen conclusiones erróneas.
- Generan consecuencias disfuncionales, indeseables o que dificultan o impiden el logro de los objetivos de la persona.

1.2.1. Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

Básicamente según Ruiz, J. y Cano, J. (2002), el modelo formulado por Beck (1979) parte de la hipótesis de que el sujeto depresivo tiene unos esquemas cognitivos tácitos o inconscientes que contienen una organización de significados personales (supuestos personales) que le hacen vulnerable a determinados acontecimientos (pérdidas).

Los significados personales (supuestos o reglas personales) suelen ser formulaciones inflexibles referentes a determinadas metas vitales (amor, aprobación, competencia personal, etc) y a su relación con ellas (autovaloración). Esos significados se activan en determinadas circunstancias (casi siempre relacionadas con la no confirmación de esos significados por los acontecimientos), haciendo que el sujeto depresivo procese erróneamente la información (distorsiones cognitivas) e irrumpa en su conciencia una serie de pensamientos negativos, involuntarios y casi taquigráficos (pensamientos automáticos) que son creídos por el paciente y que le hacen adoptar una visión negativa de si mismo, sus circunstancias y el desarrollo de los acontecimientos futuros (triada cognitiva). Los pensamientos automáticos negativos a su vez interactúan con el estado afectivo resultante (depresivo) y las conductas relacionadas (evitación, descenso de la actividad). Ruiz, J. y Cano, J. (2002).

Beck (1979), citado por Ruiz, J. y Cano, J. (2002), identifica las siguientes distorsiones cognitivas en la depresión:

- Inferencia arbitraria: Se refiere al proceso de obtener conclusiones en ausencia de evidencia suficiente que la apoye o cuando la evidencia es contraria a esa conclusión.

- **Abstracción selectiva:** Consiste en centrarse en un detalle de la situación, ignorando otros aspectos de la situación ("visión túnel") y llegando a una conclusión general a partir de ese detalle.
- **Sobregeneralización:** Consiste en sacar una conclusión general y aplicarla a hechos particulares que son diferentes o no relacionarlos entre si.
- **Maximización y minimización:** Se trata de centrarse excesivamente en los errores y deficiencias personales y no tener lo suficientemente en cuenta (en proporción a los errores) los aciertos y habilidades personales.
- **Personalización:** Se refiere a la tendencia del paciente a relacionar acontecimientos externos (normalmente evaluados como negativos) como relacionados o referentes a él mismo sin que exista evidencia suficiente para ello.
- **Pensamiento dicotómico o polarización:** Se refiere a la tendencia a clasificar la experiencia en términos extremos y opuestos sin tener en cuenta la evidencia de categorías intermedias. El paciente suele clasificarse en los extremos negativos (p.e "incapaz frente a capaz").

Igualmente, Beck (1976) ha especificado alguno de los supuestos personales que suelen predisponer o hacer vulnerable a las personas a la depresión:

- Para ser feliz, debo tener éxito en todo lo que me proponga.

- Para ser feliz, debo obtener la aceptación y aprobación de todo el mundo en todas las ocasiones.
- Si cometo un error, significa que soy un inepto.
- No puedo vivir sin ti.
- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo significa que no le gusto.
- Mi valor personal depende de lo que otros piensen de mí.

1.2.2. Modelo Cognitivo de la Ansiedad generalizada de Beck

Se parte de la idea de que el sujeto a lo largo de su desarrollo ha adquirido una serie de esquemas cognitivos referentes a las amenazas que se activan en ciertas situaciones. Esa activación pondría en marcha distorsiones cognitivas y pensamientos automáticos referentes a expectativas, imágenes amenazantes, incapacidad percibida de afrontamiento (a nivel cognitivo), que produciría a su vez la activación- arousal emocional (a nivel conductual). Ruiz, J. y Cano, J. (2002).

Beck (1985), según Ruiz, J. y Cano, J. (2002), refiere que la percepción del individuo es incorrecta, estando basada en falsas premisas. Esas percepciones se refieren a contenidos amenazantes sobre peligros para los intereses del sujeto y su incapacidad para afrontarlos. Los esquemas cognitivos subyacentes suelen ser

idiosincráticos, aunque son frecuentes los contenidos temáticos referentes a amenazas sobre las relaciones sociales, identidad personal, ejecución-rendimiento, autonomía y salud, según refiere Jarret y Rush (1988) citados por Ruiz, J. y Cano, J. (2002).

Las distorsiones cognitivas que aparecen en el trastorno por ansiedad generalizada son:

- Inferencia arbitraria-Visión catastrófica: Consiste en la anticipación o valoración catastrófica, no basada en evidencias suficientes, acerca de ciertos peligros anticipados que se perciben como muy amenazantes por el sujeto.
- Maximización: El sujeto incrementa las probabilidades del riesgo de daño.
- Minimización: El sujeto percibe como muy disminuida su habilidad para enfrentarse con las amenazas físicas y sociales.

En los trastornos por ansiedad, pánico y fobias, la activación cognitiva de los esquemas de amenaza, produciría una especie de "*bypass* cognitivo": una especie de evitación, cortocircuito o dificultad para que operara el pensamiento racional del sujeto; el sistema primitivo de procesamiento de la información competiría con el sistema racional y evolucionado de procesamiento. Esto explicaría el

típico "conflicto neurótico" entre la razón y la "irracionalidad" percibida por el sujeto en sus cogniciones. Ruiz, J. y Cano, J. (2002).

2. ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

El tratamiento va a constar de diferentes sesiones grupales con temas específicos dirigidos con un enfoque psicoeducativo. El grupo se enfatizara en la autoayuda y proporcionar la información que cada participante pueda utilizar en un programa autoadministrado de crecimiento personal. El enseñar constituirá el principal objetivo y actividad del terapeuta, prestando poco o ninguna atención a los problemas o intereses individuales de cada miembro del grupo. Caballo, V. (1998).

Entre las técnicas cognitivo conductual que utilizamos en nuestro tratamiento describiremos:

2.1. Relajación

El entrenamiento en relajación es una de las técnicas más utilizadas en cualquier enfermedad médica que tenga implicaciones psicológicas.

Entre los ejercicios de relajación podemos encontrar la respiración diafragmática o respiración profunda, relajación muscular profunda y el entrenamiento autógeno en relajación (Schultz y Luthe, en Reynoso y Seligson, 2005); en el

cual se entrena al paciente para crear estados de relajación profunda, mediante autoinformaciones positivas dirigidas a varias partes del cuerpo, relacionadas con diferentes sensaciones de tranquilidad, paz, calor, calma.

2.2. Restructuración Cognitiva

Esta técnica consiste en identificar y modificar las ideas irracionales o distorsiones cognoscitivas que influyen en las emociones, sentimientos (ansiedad, tristeza) y en las acciones de la persona, ya que se supone que el sistema cognoscitivo puede ser cambiado de manera directa y que este cambio dará por resultado una serie alterada y más apropiada de conductas racionales (Sue,D.; Sue, D. y Sue, S.; 1996, en: Matteus, J, 2004).

La terapia racional emotiva de la conducta y la terapia cognitiva de Beck utilizan la reestructuración cognitiva como procedimiento básico para modificar las interpretaciones y los procesos de pensamiento de un individuo ejerciendo una influencia poderosa sobre sus sentimientos y acciones.

A través de esta técnica se le explica al paciente en qué consiste el modelo A.B.C., como también qué son las distorsiones cognitivas, creencias irracionales o pensamientos perturbadores. Esta técnica se utiliza para enseñar a los pacientes a identificar y desechar distorsiones cognitivas y se les entrena para que utilicen pensamientos más realistas y apropiados.

2.3. Técnica en Afrontamiento

Al hablar sobre las técnicas de afrontamiento nos referimos a la forma como el individuo maneja o enfrenta las condiciones vitales que se le presentan y que pueden alentarle un malestar emocional.

El manejo es una característica esencial de cualquier reacción emocional que se presente en una persona; Lazarus y Folkman (1984) en Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1997) lo definen como “Los esfuerzos cognitivos y conductuales en constante cambio para la resolución de demandas internas y/o externas específicas que son valoradas como impositivas o excesivas para los recursos de las personas”.

En la terapia se busca guiar al paciente a identificar su estilo de afrontamiento, en relación a las situaciones que enfrenta y en términos de los resultados que obtiene de estas, para posteriormente ofrecerle alternativas sanas de afrontamiento como son las técnicas de resolución de problemas y el entrenamiento en asertividad.

2.4. Resolución de Problemas

Considerando que los problemas y los conflictos son parte de nuestra existencia, entonces la habilidad de manejarlos es una de las más valiosas que puede - y necesita - poseer un ser humano (Rodríguez, 2000;).

Diversos autores, entre ellos: Beck (2000), Spiegler y Guevremont (1993) destacan el hecho de que la resolución de problemas conlleva cuatro fases primordiales:

1. Definir el problema: se describe el problema, se ayuda a los pacientes a comprender por qué ocurren algunos problemas, se evalúa el significado que tiene para ellos ese problema; es decir, el pensamiento que genera. Y se les puede transmitir la expectativa de que son capaces de aprender formas adecuadas para manejarlos.
2. Sugerir alternativas para solucionar el problema: en este punto, los pacientes pueden expresar todas las posibles soluciones para un conflicto, sin evaluar ninguna de ellas hasta que todos los miembros del grupo hayan expuesto sus ideas.
3. Toma de decisiones: una vez que se han presentado diferentes alternativas para solucionar el problema, se les pide a los participantes que elaboren una lista con las principales alternativas señalando los puntos a favor y en contra de cada una, y evaluando las posibles consecuencias. Una vez finalizado esto, estarán más preparados para escoger una alternativa efectiva para la solución de su problema.
4. Aplicar y evaluar la solución: consiste en aplicar la decisión tomada y luego evaluar las consecuencias de sus acciones en el mundo real.

Las estrategias presentadas al paciente pretende influir y cambiar la forma que tiene de percibirse a sí mismo, a las otras personas y su futuro, así como también busca que éste “identifique y resuelva problemas cotidianos que le están provocando respuestas no apropiadas” (Zurrilla y Godfried, en Reynoso y Seligson, 2005).

2.5. Entrenamiento en Asertividad

La conducta asertiva es la conducta interpersonal que implica la expresión honesta y sincera de los sentimientos, en otras palabras el entrenamiento asertivo es un procedimiento terapéutico que busca incrementar la capacidad del paciente para adoptar ese comportamiento de forma socialmente apropiada (Reynoso y Seligson, 2005).

El entrenamiento en asertividad busca que el paciente sea capaz de expresar sus sentimientos negativos como el odio y el resentimiento de igual forma que expresa sus sentimientos positivos como el afecto o el elogio, lo cual le generará un sentimiento de bienestar.

2.6. Tareas de Auto-Ayuda

Conocidas también como tareas para el hogar, son un elemento habitual en la terapia Cognitiva. Estas tareas son el corazón del proceso terapéutico y

representan la profundización de lo descubierto en la evaluación y discusión de las creencias irracionales para lograr un cambio real y perdurable (Obst. J., 2004).

El propósito específico de las tareas de auto-ayuda es:

1. Cambiar una conducta disfuncional.
2. Reducir los pensamientos perturbadores por otros más útiles.
3. Vencer temores e inhibiciones, mejorando la auto-confianza
4. Generar un hábito de afrontamiento de las situaciones que le permita una respuesta emotiva y conductual funcional.
5. Perfeccionar y consolidar mediante la práctica las nuevas conductas.

Los resultados de estudios controlados indican que los intentos de modificar los pensamientos erróneos sólo mediante el análisis de la racionalidad y la reestructuración cognitiva logran, a lo sumo, débiles e inconsistentes cambios en la conducta (Mahoney, 1974 en: Obst, J., 2004). Si las aplicaciones clínicas de esos abordajes producen mejores resultados, ello probablemente se debe más a las tareas correctivas asignadas de comportarse en forma diferente que a las exhortaciones a pensar mejor. Las mejoras en el funcionamiento conductual producen cambios cognitivos (Bandura, 1977.: Obst, J. 2004).

3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL EN GRUPO

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva-conductual de grupo no es tanto la reducción del malestar o la curación de los síntomas, sino el aprendizaje de competencias y habilidades para el manejo y afrontamiento de las situaciones que influyen en la vulnerabilidad de la persona a presentar distintos problemas emocionales y relacionales.

El formato de grupo facilita una importante experiencia de aprendizaje social (intercambio y contraste de creencias, modelado, exposición y refuerzo mutuo) de nuevas habilidades de afrontamiento que son ensayadas en la situación grupal como una especie de microcosmos social donde pueden ser aprendidas y corregidas las experiencias y patrones de funcionamiento disfuncionales o deficitarias. Es frecuente que en las sesiones se ensayen las nuevas habilidades en grupo, se repase las experiencias personales y se prescriban tareas entre sesiones para potenciar y aplicar lo aprendido a situaciones reales fuera del grupo.

Es frecuente que la terapia cognitiva conductual tenga un formato general de afrontamiento y manejo del estrés emocional (manejo de la ansiedad, la depresión, la ira, las experiencias psicóticas u otros patrones disfuncionales) que se suele dirigir al desarrollo habitual de:

A) Atención a los "aspectos físicos-corporales": Manejo de sensaciones físicas-corporales mediante técnicas de relajación, respiración, etc.

B) Atención a los "aspectos mentales": Manejo de actitudes, creencias y actitudes disfuncionales mediante terapia cognitiva de pensamientos y creencias negativas o disfuncionales, etc.

C) Atención a los "aspectos de conducta y relación social": Manejo de conductas de relación social mediante técnicas como la resolución de problemas, el entrenamiento asertivo y el entrenamiento en habilidades sociales.

La terapia de grupo persigue objetivos preventivos y curativos, orientándose hacia el crecimiento y siendo su centro de atención el descubrimiento de los recursos internos de los miembros.

La terapia cognitivo-conductual dirigida a grupos puede proporcionar un consenso sobre lo que es apropiadamente asertivo en una situación dada. Puede suministrar varios modelos, así como un variado grupo de personas para los ejercicios dentro de la misma terapia, pudiendo también proporcionar reforzamiento social masivo para lograr mejores actuaciones (pensamientos más adecuados y realistas, sentimientos y conductas) en cualquier situación en que la persona se encuentre.

Esta terapia pretende facilitar la estimulación del grupo para ayudarse mutuamente a pensar y a comportarse más adaptativamente (Barrios, M., 2005).

Ellis citado por Matteus (2005), considera que las metas de un grupo de terapia racional emotiva de la conducta consisten en enseñar a los pacientes a modificar sus

emociones y conductas disfuncionales por otras más apropiadas y a manejar cualquier otro acontecimiento desafortunado que pueda producirse en sus vidas y que dicha perspectiva puede ser utilizada por cualquier terapeuta que desarrolle un programa de terapia grupal, incluso si posee una corriente terapéutica diferente a la cognitiva-conductual.

Según Ellis (1997) en: Obst, J., (2004), la terapia con grupos tiene las siguientes ventajas:

1. Varios miembros de un grupo son más eficaces para hacerle ver a un paciente sus actitudes que sólo un terapeuta.
2. En un grupo se crean condiciones más favorables para cuestionar las distorsiones cognitivas o creencias irracionales y cuando varios dicen lo mismo desde diferentes puntos de vista, le producen mayor impacto al paciente.
3. Las asignaciones de las tareas de auto-ayuda son más eficaces porque pueden estimular al paciente cuando le son presentadas en grupo.
4. Ciertos recursos como entrenamiento en asertividad, role playing, y el ensayo de conductas en general, son más eficaces si se practican en grupo.
5. Cuando los participantes escuchan los problemas de otros y lo que hacen para superarlos, muchos se sienten más animados para trabajar.

6. En el grupo, los pacientes ven que no son los únicos con problemas y aprenden a no autocondenarse.
7. Debido a la mayor duración de las sesiones de grupo con respecto a las individuales tienden a ser más eficaces.
8. Puede ser especialmente útil para personas más rígidas, herméticas o con dificultad para abandonar hábitos perturbados de conducta.

CAPITULO III
ASPECTOS METODOLÓGICOS

1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Independientemente del medio cultural, edad, sexo, nivel económico, instrucción o creencia religiosa, para cualquier ser humano, una ostomía es especialmente impactante en su estructura psicológica.

Al ostomizado normalmente le sobrevienen sentimientos de inadaptación ante el hecho de encontrarse, en muchas ocasiones y sin conocimiento previo, con un segmento de su intestino exteriorizado a través de la pared abdominal, por el cual escapan las sensaciones de ventosidades y materia fecal de forma caprichosa y a veces hasta inadvertida.

Es de resaltar que el cambio anatómico que experimenta un ostomizado, no solo representa una imagen corporal alterada, sino que también significa el rompimiento de manera precipitada con patrones aprendidos desde edades muy tempranas.

Las reacciones emocionales que sobrevienen ante una ostomía pueden ser muy variadas, sin embargo en este sentido se puede señalar que la mayoría de los pacientes, posterior a la cirugía, pueden presentar alteraciones emocionales tales como: disminución de la autoestima, síntomas de ansiedad, problemas sexuales, falta de comunicación, incertidumbre ante el futuro, síntomas depresivos, ira, negación, aislamiento y sentimientos de inutilidad.

No es de extrañarse que las alteraciones emocionales sumadas a las de orden físico principalmente aquellas relacionadas a la falta de ano y la presencia de un orificio en el abdomen por donde las heces son eliminadas sin control previo, alienten en el ostomizado sentimientos de inadaptación al sentirse diferente y provoquen en el mismo el deseo de excluirse, lo cual finalizará por perjudica su convivencia social.

Al considerar todo lo anteriormente referido, se podría concluir que una persona ostomizada, pueden estar padeciendo un gran sufrimiento psíquico, en el cual la ansiedad y la depresión contribuyen a dicha alteración emocional, razón por la cual nos motivamos a plantearnos el siguiente cuestionamiento;

¿Se reduce la ansiedad y la Depresión en un grupo de pacientes ostomizados utilizando un tratamiento cognitivo-conductual?

2. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Existe una serie de patologías tanto digestivas como urológicas en las que es necesaria la realización de diferentes tipos de ostomías.

Enfermedades como el cáncer de colon y recto, así como otras de tipo inflamatorias crónicas, son algunas de las responsables de que determinadas personas hayan visto afectadas las aperturas normales del cuerpo y deban ser intervenidas para construir una nueva salida.

En nuestro país el registro nacional de cáncer (boletín 2009) nos permite apreciar que entre las principales causas de tumores malignos en Panamá, la de colón registra una tendencia alcista, lo cual representa en nuestro medio la presencia de personas ostomizadas.

A nivel nacional se calcula que puedan existir más de dos mil (2000) personas con ostomía como resultado de diversas patologías. Estos pacientes reciben insumos y asistencia de orientación en el cuidado del estoma, por enfermeras de los servicios médicos a los que asisten, las cuales realizan reuniones mensuales dirigidas mayormente a la distribución de los insumos (bolsas) que utilizan dichos pacientes.

En las provincias centrales los ostomizados reciben la asistencia en las diversas policlínicas del seguro social, de ser asegurado o en los hospitales del Ministerio de salud de no serlo. El servicio que se le brinda se resume en otorgarle los insumos (bolsas) que demanden; la ayuda emocional se les brinda de encontrarse en dicha reuniones un paciente que refiera rasgos marcados de malestar psicológico, procediendo la enfermera a cargo tramitarle atención en el servicio de salud mental de la institución.

En la provincia de Herrera podemos señalar que los pacientes ostomizados asegurados han sido incluidos en el programa de la tercera edad (SADI), contabilizándose en total por el momento 32 asegurados que reciben asistencia en la policlínica del seguro social de Chitré y 15 no asegurados que asisten al Hospital

Cecilio Castellero. En relación a la anterior cifra, el presidente de ostomizados de Herrera, expresó que el número mencionado de pacientes ostomizado “son los que dan la cara”, asegurando que hay un grupo significativo en la provincia y a nivel nacional que no lo hace, lo cual vinculó a la negación y falta de adaptabilidad a su condición.

Conocedores del impacto que puede significar para la salud mental de un ser humano un padecimiento crónicos y sus secuelas físicas, resultantes en nuestro caso del tratamiento médico; conocedores de que una ostomía representa una alteración en la imagen corporal que provoca la ruptura de patrones aprendidos desde edad muy temprana, y por último conocedores de que los servicios de salud atienden al ostomizado como un enfermo crónico al cual sólo brindan prácticamente ayuda en suministros de bolsas y orientación en el cuidado de su estoma, descuidando el manejo de las emociones que puede alentar su condición, nos pareció significativo evaluar una intervención psicoterapéutica cognitivo conductual grupal, que de ser eficaz para el manejo de las alteraciones emocionales sobre todo de la ansiedad y depresión que acompaña a estos pacientes, pueda implementarse para las posteriores generaciones de pacientes portadores de estomas, ayudando así al manejo del sufrimiento psíquico.

3. PLANTEAMIENTOS DE LOS OBJETIVOS

3.1. Objetivos Generales.

- Diseñar un programa psicoterapéutico grupal de orientación cognitivo-conductual, para mejorar los síntomas de la ansiedad y depresión, en un grupo de adultos ostomizados diagnosticados con trastorno adaptativo mixto.
- Brindar apoyo psicológico-emocional, por medio de la Intervención Psicoterapéutica Cognitivo-conductual grupal.
- Determinar la efectividad del programa para mejorar los síntomas de ansiedad y depresión que experimenta este grupo de ostomizados.

3.2. Objetivos Específicos

- Aplicar el programa de intervención psicoterapéutica grupal de modalidad cognitivo-conductual para mejorar los síntomas de la ansiedad y depresión, en un grupo de adultos ostomizados diagnosticados con trastorno adaptativo mixto.
- Validar la utilidad de esta modalidad psicoterapéutica para pacientes ostomizados diagnosticados con trastorno adaptativo mixto.

- Evaluar estadísticamente la efectividad de la Intervención Psicoterapéutica grupal en ostomizados diagnosticados con trastorno adaptativo mixto.

4. POBLACIÓN Y MUESTRA

4.1. Universo

Pacientes ostomizados ambulatorios, asegurados o no, que se benefician de la atención que se brinda en la policlínica Roberto Ramírez De Diego y hospital Cecilio Castellero de Chitré.

4.2. Muestra

Es un grupo no aleatorio, de 9 sujetos de ambos sexos entre 50 a 60 años, con diagnóstico de Trastorno de Adaptación mixto.

La muestra empleada para esta investigación corresponde a cinco hombres y cuatro mujeres en edades de 50 a 60 años, los cuales tras haber sido ostomizados éstas presentan ansiedad y depresión que dificulta su adaptación y desmejora su calidad de vida.

El nivel escolar de los participantes en su mayoría superaba el bachillerato, encontrándose sólo en tres de los nueve participantes una escolaridad inferior al

primer ciclo. El estado civil fue de cuatro casados, tres separados, un viudo y un soltero; con excepción de este último, todos había procreado más de dos hijos y solo dos tenían hijos en minoría de edad.

En la muestra tres sujetos provenían de hogares monoparentales maternos, destacándose el ser hijos únicos.

4.3. Criterio de Inclusión

Los pacientes ostomizados que participaron de nuestra investigación cumplieron con los siguientes requisitos:

- Ser pacientes ostomizados ambulatorios sin padecimientos médicos significativos.
- Tener entre 20 a 60 años de edad.
- Evidenciar ansiedad y depresión, posterior a la adquisición de su estoma.

5. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

5.1. Estudio Explicativo

El interés de este tipo de estudio se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, o por qué dos o más variables están relacionadas (Hernández Sampieri y otros, 1985).

Los estudios explicativos nos permiten evaluar si un tratamiento es efectivo o no y por qué se atribuye un cambio principalmente al tratamiento.

5.2. Diseño de Preprueba y Posprueba con un solo grupo

Son los que hacen referencia a que a un grupo (G) se le aplica una prueba previa al estímulo o tratamiento experimental (O_1), después se le administra el tratamiento (X) y finalmente se le aplica una prueba posterior al estímulo (O_2).

A través de este diseño, se puede observar si el tratamiento ocasionó cambio en los sujetos, ya que permite comparar las mediciones antes y después de dicho tratamiento. El esquema de este tipo de diseño sería el siguiente:

Grupo	Observación previa	Tratamiento	Observación posterior
G	O_1	X	O_2

Donde la

G= es el grupo que se va a someter al tratamiento.

O_1 = es la observación previa del grupo (antes del tratamiento)

X= es el tratamiento o variable independiente

O_2 = es la observación posterior del grupo (después del tratamiento)

Este diseño de investigación presenta las siguientes ventajas:

- En ausencia de un efecto del tratamiento, la diferencia entre las puntuaciones previa y posterior debe ser mínima.
- Por ser los sujetos sus propios controles, no hace falta reclutar más sujetos para formar un grupo control.
- Es apropiado para los experimentadores que tienen constante acceso a los sujetos para su observación.

No obstante, este tipo de diseño tiene algunas limitaciones que son convenientes señalar:

- Deja sin controlar un gran número de variables secundarias, de manera que cualquier factor externo que intervenga puede explicar una diferencia observada.
- Si el tiempo transcurrido entre dos observaciones es de más de unos cuantos días, los procesos de aprendizaje y maduración pueden modificar la conducta.
- Son particularmente susceptibles de contaminación ambiental.

A pesar de las limitaciones que presenta este diseño de investigación, se puede señalar que el mismo es útil si los resultados son manejados con cautela y se

supervisa personalmente la aplicación del tratamiento. Además, se puede conocer a través de los sujetos que participaron en el estudio si el tratamiento fue efectivo o no.

5.3. Evaluación de Resultados

Para analizar los puntajes obtenidos en la investigación realizaremos una descripción de todas las sesiones y actividades programadas, luego se analizarán los resultados obtenidos de las evaluaciones pre-prueba y post-prueba, utilizando la prueba no paramétrica de Wilcoxon de rangos con signos de pares ajustados para diferencias con el fin de determinar la efectividad del tratamiento; ya que de acuerdo con Mason y Lind (1980) en Matteus (2005), puede ser usada en experimentos de antes y después y en estudios con ausencia de grupo control, donde cada sujeto actúa bajo su propio control.

6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

6.1. Hipótesis de Investigación

6.1.1. Ansiedad

H₀: Los niveles de ansiedad no disminuirán en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

H_i: Los niveles de ansiedad disminuirán en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

6.1.2. Depresión

H₀: Los niveles de depresión no disminuirán en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

H_i: Los niveles de depresión disminuirán en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

6.2. Hipótesis Estadísticas

6.2.1. Ansiedad

Hipótesis Nula 1 corresponde a: $H_0: \bar{X}_2 = \bar{X}_1$

Los síntomas de ansiedad observados en los pacientes ostomizados, serán iguales antes y después del tratamiento.

Hipótesis Alterna 1 corresponde a: $H_i: \bar{X}_2 < \bar{X}_1$

Los síntomas de ansiedad observados en los pacientes ostomizados, serán menores después del tratamiento.

6.2.2. Depresión

La hipótesis nula corresponde a: $H_0: \bar{X}_2 = \bar{X}_1$

Los síntomas de depresión observados en los pacientes ostomizados, serán iguales antes y después del tratamiento.

La hipótesis alterna corresponde a: $H_i: \bar{X}_2 < \bar{X}_1$

Los síntomas de depresión observados en los pacientes ostomizados, serán menores después del tratamiento.

7. CRITERIO DE DECISIÓN

Se rechaza la hipótesis nula y se sustenta la hipótesis alterna. La probabilidad asociada al estadístico de prueba es menor a 0.05 (nivel de significancia o alfa).

8. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

8.1. Entrevista Clínica Psicológica

La entrevista clínica tiene tres metas principales: recabar información acerca del paciente, obtener los datos necesarios para llegar a un diagnóstico y establecer

una relación con el paciente que permita una evaluación e intervención continúa si se requiere. (Compas, B., 2003).

La entrevista fue realizada a los participantes con el objetivo de conocer los antecedentes del mismo, captar la existencia de síntomas de ansiedad y depresión ante su ostomía, con el objetivo de establecer los criterios diagnósticos para el trastorno y el estado del examen mental.

8.2. Inventario de Ansiedad de Aarón Beck (B.A.I)

El Inventario de Ansiedad de Beck tiene como objetivo valorar la severidad de los síntomas de ansiedad, y discriminar de manera fiable entre ansiedad y depresión. Este inventario, está compuesto por 21 ítems, que describen diversos síntomas de ansiedad relacionados con las manifestaciones de las mismas, según los criterios diagnósticos del DSM-IV. No existe punto de corte aceptado para distinguir entre población normal y ansiedad, ni entre depresión y ansiedad, lo que limita su uso, no obstante, los aspectos que mide la prueba han demostrado ser sensible al cambio tras el tratamiento por lo que es un instrumento útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desórdenes de ansiedad como en cuadros depresivos, posterior al tratamiento. (González, F., 2007).

Las 21 preguntas del inventario, cada una describe un síntoma común de la ansiedad y hacen referencia a la última semana y al momento actual, proporcionando un rango de puntuación entre 0 y 63. Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a en absoluto, 1 a levemente (no me molesta mucho), 2 a moderadamente (fue muy desagradable pero podía soportarlo) y la puntuación 3 a severamente, (casi no podía soportarlo). La puntuación total es la suma de todos los ítems. (González, F., 2007).

8.3. Inventario de Depresión de Aarón Beck (B.D.I)

Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual).

El cuestionario autoadministrable BDI está integrado por 21 categorías de síntomas, cada una contiene cuatro tipos de respuestas evaluadas entre 0, 1, 2 y 3. La suma de todas las respuestas varía de 0 a 63, en donde cuanto mayor es el resultado obtenido, más intensa es la depresión del sujeto. (Gonzalez-Cells, 2009).

Los puntos de corte que se proponen para graduar el síndrome depresivo son los siguientes (Beck 1988 en González, Y. 2009)

Normales: 0 a 9

Depresión leve: 10 a 18

Depresión moderada: 19 a 29

Depresión grave: 30 a 63

9. DEFINICIÓN DE VARIABLES

9.1. Definición Conceptual

9.1.1. Variable Dependiente

- **Ansiedad:** Es una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos, caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes. (Tobal, 1990).

La ansiedad como un estado emocional suele asociarse a preocupaciones excesivas y tener componentes como nerviosismo, dificultad para concentrarse, irritabilidad, fatiga, tensión muscular, cefaleas y sudoración, entre otros. (Spielberger, Ch., 1990)

- **Depresión:** Consiste en un estado de ánimo bajo, con pérdida del interés en casi todas las áreas y actividades, lo que representa un cambio drástico en la manera de ser de la persona, previo a la aparición de estos síntomas, y con características agregadas como la alteración del apetito, alteraciones del sueño, agitación o enlentecimiento psicomotriz, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad, sentimientos de culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte o suicidio recurrentes. También se presentan, sentimientos de tristeza, de desamparo, amor propio disminuido, sentimientos de que la seguridad está amenazada debido a la pérdida de algo o alguien que la garantizaba e incapacidad de enfrentarse solo a las diferentes exigencias de la vida. (Cobos, 2006).

9.1.2. Variable Independiente

- **Intervención Psicoterapéutica:** La terapia Cognitivo Conductual, de acuerdo a Beck y otros (2003) es un procedimiento terapéutico activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se usa para atender

distintos trastornos clínicos como la depresión, fobias, ansiedad y otros.

Se fundamenta en que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por la forma como la persona estructura el mundo. Se enfoca en la identificación y modificación de pensamientos, sentimientos y conductas actuales en el paciente.

Básicamente, el objetivo de la terapia es lograr a través de las técnicas cognitivo conductuales la reconstrucción de creencias irracionales, de modo que éstas ejerzan control en los sentimientos y conducta posterior.

9.2. Definición Operacional

9.2.1. Variable Dependiente

- **Ansiedad:** Puntuaciones superiores a 21 en el Inventario de Ansiedad Beck.
- **Depresión:** Puntuaciones superiores a 10 en el Inventario de Depresión de Beck

9.2.2. Variable Independiente

- **Intervención Terapéutica de grupo para pacientes ostomizados:** Intervención Terapéutica de grupo que constó de dos sesiones de evaluación, para la entrevista clínicas, con la finalidad de reconocer en

los ostomizados presentes, síntomas depresivos y de ansiedad, anamnesis, examen mental y el motivo manifiesto de su problema; la aplicación de las diferentes escalas relacionadas a la medición de los niveles de ansiedad y depresión; seguido de 15 sesiones de dos horas semanalmente cada una, donde se hizo la intervención de manera grupal con la técnica cognitiva conductual.

9.3. Descripción del Tratamiento

- **Contacto Inicial y Recinto terapéutico:** El contacto con los pacientes ostomizados se hizo en la reunión mensual del grupo de ostomizado que se atienden en la Policlínica Roberto Ramírez De Diego de la provincia de Herrera. En dicha reunión se nos permitió cortesía de sala con la finalidad de exponer a los presentes el programa de tratamiento e invitar a los interesados a asistir a las sesiones que se realizarían de evaluación, para lo cual se solicitó anotarse en una lista con el horario para su atención.

Las sesiones de evaluación y de psicoterapia grupal se llevaron a cabo en el espacio que se le concede a la Fundación de Ostomizados de Panamá Sede Herrera (F.O.P.) en el Hospital Cecilio Castillero. Durante nuestra ocupación de las instalaciones nos encontramos con varios inconvenientes entre los que se

destacan que el área concedida por el Hospital en calidad de préstamo a la F.O.P, en varias ocasiones fue mudada del recinto asignado, acarreado en consecuencia la desorientaba de los participantes en la ubicación del grupo y posterior retraso de alguna de las sesiones que estaban programadas en horario de 12:30 a 2:30pm de la tarde semanalmente.

- **Sesiones de evaluación:** Las dos primeras sesiones incluyeron entrevista clínica y aplicación de los test a 14 ostomizados que asistieron voluntariamente a la convocatoria y a partir de los datos obtenidos de la entrevista clínica, el análisis de los resultados de los test aplicados, criterios de inclusión y diagnósticos del DSM-IV-TR se selecciona a los participantes del tratamiento.

Inicialmente el grupo lo conformaron 10 pacientes ostomizados, de los cuales se tiene una pérdida de uno de los participantes en la segunda sesión por muerte natural.

Se conformó un grupo que tomó en sugerencia la cantidad de participantes que se proponen como ideal para terapias grupal y; mayormente homogenizado en los niveles de ansiedad y depresión manifiesta.

- **Sesiones de tratamiento:** En las 15 sesiones posteriores, el trabajo en el grupo se orientó en seis Módulos ajustados a un protocolo general para trastornos de ansiedad y depresión:

1. Módulo Psicoeducativo: Sesiones 1 y 2

- Presentación
- Dinámica de integración
- Reglas y sugerencias para las sesiones
- Propósito de la Terapia
- Ansiedad y Depresión en enfermos crónicos
- Tarea para casa

2. Módulo de relajación: Sesiones 3 y 4

- Dinámicas de grupo
- Familiarizándonos con las Técnicas de Relajación
- Técnicas de Relajación
- Tareas para casa

3. Módulo de Reestructuración cognitiva: Sesión 5 a 8

- Revisar tareas para casa

- Material de relajación
- Terapia cognitivo conductual
- Técnica de exteriorización de voces
- Tareas para casa

4. Módulo de entrenamiento asertivo Sesiones: 9 a 11

- Revisar tareas para casa
- Definición de asertividad y diferencias con agresión y no asertividad
- Finalidad de la asertividad: disminuir las emociones ansiosas-depresivas
- Entrenamiento en rol-playing y técnicas asertivas específicas
- Tareas para casa

5. Módulo de resolución de problemas: Sesiones 12 y 13

- Revisar tareas para casa
- Explicar el proceso de Resolución de Problemas
- Ejercicios de resolución de problemas

- Tareas para casa

6. Módulo de sesiones de cierre: Sesiones 14 y 15

- Revisar tareas para casa
- Unirlo todo
- Evaluación final: Escalas y autoinformes

CAPITULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

1. CARACTERÍSTICA GENERAL DE LA MUESTRA

1.1. Datos Socio-Demográficos

Los resultados de esta investigación constarán con la descripción de la muestra en estudio y posterior presentación de las hipótesis que se sometieron a análisis estadístico.

Cuadro 1

Sexo, estado civil, escolaridad y ocupación

SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDAD	OCUPACIÓN
1	F	54	Separada	Primaria	Empleo Doméstico
2	F	55	Casada	Universidad	Maestra
3	F	60	Viuda	Primaria	Ama de casa
4	F	50	Separada	Primaria	Ama de casa
5	M	56	Casado	Bachiller	Pensionado
6	M	52	Divorciado	Universidad	Electricista
7	M	50	Soltero	Bachiller	Vendedor de lotería
8	M	58	Separado	Primaria	Ganadero
9	M	54	Casado	Universidad	Profesor

Fuente A Aranda, 2011

Como podemos apreciar en el cuadro No1 la muestra estuvo conformada por nueve sujetos; el 56% son hombres y el 44% mujeres, con una media de edad de

54 años y estado civil que oscilo entre soltero (11%), casados (33%), divorciado (11%), separados (33%) y viudo (11%). El nivel escolar correspondiente fue de cuatro de los sujetos (44%) a nivel de estudios primarios, dos sujeto (22%) con bachillerato completo y tres sujetos (34%) con estudios universitarios, todos en ocupaciones que oscilaron entre remuneradas o no (ama de casa, empleada doméstica, educadores, pensionado, ganadero, electricista y billetero).

Cuadro 1

Causa, conocimiento de la patología y permanencia de la ostomía

SUJETO	CAUSA DE LA OSTOMÍA	CONOCIMIENTO DE SU PATOLOGIA	TIEMPO DE PERMANENCIA	TIEMPO DE PORTAR UN ESTOMA
1	Cáncer de colon	Poco	Definitiva	12 meses
2	Cáncer de colon	Moderado	Definitiva	8 meses
3	Cáncer de colon	Poco	Definitiva	12 meses
4	Diverticulitis	Poco	Temporal	3 meses
5	Cáncer de colon	Alto	Definitiva	24 meses
6	Cáncer de colon	Moderado	Definitiva	12 meses
7	Cáncer de colon	Moderado	Definitiva	9 meses
8	Diverticulitis	Poco	Temporal	10 meses
9	Diverticulitis	Alto	Temporal	6 meses

Fuente A. Aranda, 2011

En atención al cuadro No. 2 podemos referir que de nuestra muestra seis sujetos (67%) fueron ostomizado por cáncer de colon y tres (33%) por diverticulitis; el tiempo de permanencia del estoma fue definitivo para los seis sujetos ostomizados por cáncer de colon y temporal para los tres sujetos atendidos por

diverticulitis; el tiempo de portar un estoma oscilo entre los participantes en un mínimo de tres meses a un máximo de 24 meses y el conocimiento sobre su patología basal se valoró en cuatro de los sujetos como poca, moderado en tres y alto en dos.

Cuadro 2
Percepción sobre el Estoma

SUJETO	ACEPTACIÓN DE LA OSTOMIA	CAMBIOS EN LA IMAGEN CORPORAL	MEJORIA EN EL ESTADO DE SALUD	EMOCIONES MÁS COMÚN FRENTE A LA OSTOMIA
1	Baja	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
2	Baja	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
3	Baja	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
4	Moderado	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
5	Moderado	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
6	Baja	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
7	Baja	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
8	Moderado	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad
9	Moderado	Acuerdo	Acuerdo	Tristeza y Ansiedad

Fuente A Aranda, 2011

En el cuadro No. 3, al evaluar el impacto de la ostomía se pudo observar que un 56% tiene una baja aceptación de su estoma, resaltando de ello que todos tienen un tiempo de permanencia definitivo; el 44% mostró una aceptación moderada a su estoma, destacando que de éste grupo sólo uno de los participantes tiene un tiempo de permanencia definitivo y el resto temporal, también es de destacar que

este paciente es el que más tiempo tiene de portar un estoma en el grupo evaluado. Todos los participantes (100%) estuvieron de acuerdo en que una ostomía representó mejoría en su salud pero también un cambio considerable en la percepción de su imagen corporal que alentó emociones entre los que destacaron la tristeza y ansiedad.

Cuadro 3

Impacto del Estoma en actividades cotidianas

SUJETO	ABANDONO DE LA PRÁCTICA LABORAL	ABANDONO DE ACTIVIDADES RECREATIVAS	ABANDONO DE PRÁCTICAS DEPORTIVAS	DIFICULTAD EN LA INTIMIDAD SEXUAL
1	No	Si	Si	No
2	No	Si	Si	Si
3	No	Si	Si	No
4	No	Si	Si	Si
5	Si	No	No	Si
6	No	Si	Si	Si
7	No	Si	Si	Si
8	Si	Si	Si	Si
9	No	Si	Si	Si

Fuente A. Aranda, 2011

El cuadro No. 4 informa de los efectos de la ostomía en los aspectos laborales, sociales y sexuales de los participantes. Refiere el aspecto laboral que el 78% ha continuado y que sólo un 22% ha cesado de su trabajo, destacándose de este

22%, que obligaron a su deserción de la masa laboral, otras patologías y el tipo de actividad. También es resaltable que el 78% que se mantiene activo laboralmente señaló, que el no contar con un soporte económico o familiar que les permita abandonar sus actividades o empleo de subsistencia, ha sido su mayor impulsador a continuar trabajando. En relación a las actividades recreativas y prácticas deportivas, un 89% aceptó haberlas abandonado prácticamente en su totalidad y un 11% dijo que no, destacó que de éste último es correspondiente el hecho de que tiene el tiempo mayor de ser portador de un estoma en el grupo evaluado. En la intimidad sexual un 78% reportó tener dificultad y un 22% no, resaltándose que los participantes que no refirieron dificultad en su intimidad sexual, no tenían parejas sentimentales al momento y que por el momento desconocían su reacciones ante una aproximación de tipo sexual.

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS RESULTADOS

2.1. Resultados y Análisis del Inventario de Ansiedad de Beck

A continuación presentamos la tabla de las variables y su correspondiente prueba de hipótesis estadística:

Cuadro 4

Comparación entre el pre-test/post-test de Ansiedad

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Antes	28	35	34	32	23	23	23	28	27
Después	16	27	18	21	10	10	12	12	12

Fuente: A. Aranda, 2011

Hipótesis:

H₀: Los niveles de ansiedad no disminuirán significativamente en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

H₁: Los niveles de ansiedad disminuirán significativamente en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

Nivel de Significación: α 0.05

Cuadro 5**Estadística Descriptiva Comparación de pre-test/post.test de Ansiedad**

Variable Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	9	23.000	25.000	28.111	4.702
Post- Test	9	10.000	21.000	14.222	3.898

Fuente A Aranda, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados/ Prueba bilateral

V	45.000
Esperanza	22.500
Varianza (V)	70.875
p-valor (bilateral)	0.009
Alfa	0.05

Fuente A Aranda, 2011

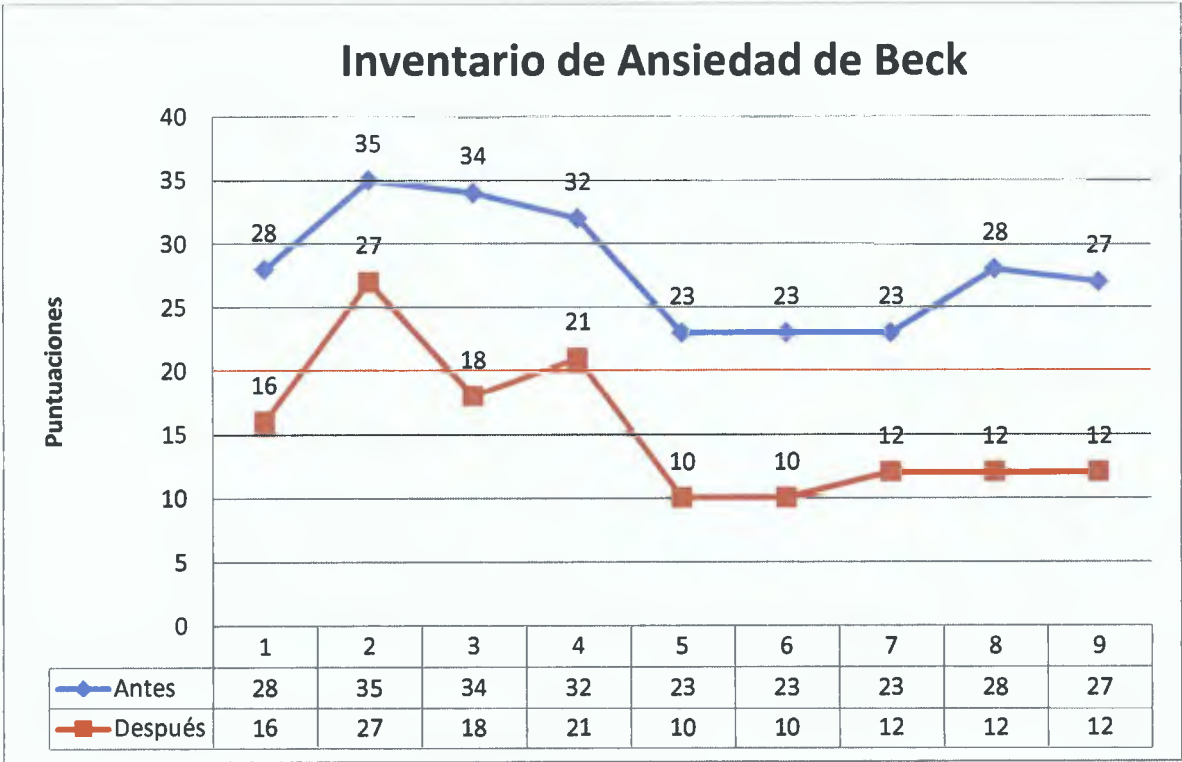
Análisis: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos que 0.90%

Conclusión: con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos, en el inventario de ansiedad de Beck presentan una variación estadísticamente

significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento para la mejoría en las manifestaciones de ansiedad.

Gráfica No. 1

Comparación entre el pre- test y el post- test del Inventario de Ansiedad de Beck



2.2. RESULTADOS Y ANÁLISIS DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK

A continuación presentamos la tabla de las variables y su correspondiente prueba de hipótesis estadística:

Cuadro 6
Comparación entre el pre-test y post-test de Depresión

Sujetos	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Antes	29	26	29	27	27	24	28	25	23
Después	13	16	16	22	10	12	8	17	7

Fuente A. Aranda, 2011

Hipótesis:

H₀: Los niveles de depresión no disminuirán significativamente en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

H₁: Los niveles de depresión disminuirán significativamente en los pacientes ostomizados diagnosticados con trastornos de adaptación mixto que se sometan a un programa psicoterapéutico grupal basado en el enfoque cognitivo conductual.

Nivel de Significación: α 0.05

Cuadro 7**Estadística Descriptiva Comparación Depresión pre-test/post-test**

Variable Ansiedad Estado	Observaciones	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Pre- Test	9	23.000	29.000	26.444	2.128
Post- Test	9	7.000	22.000	13.444	4.799

Fuente A Aranda, 2011

Cálculo estadístico de la prueba

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados/ Prueba bilateral

V	45.000
Esperanza	22.500
Varianza (V)	71.125
p-valor (bilateral)	0.009
Alfa	0.05

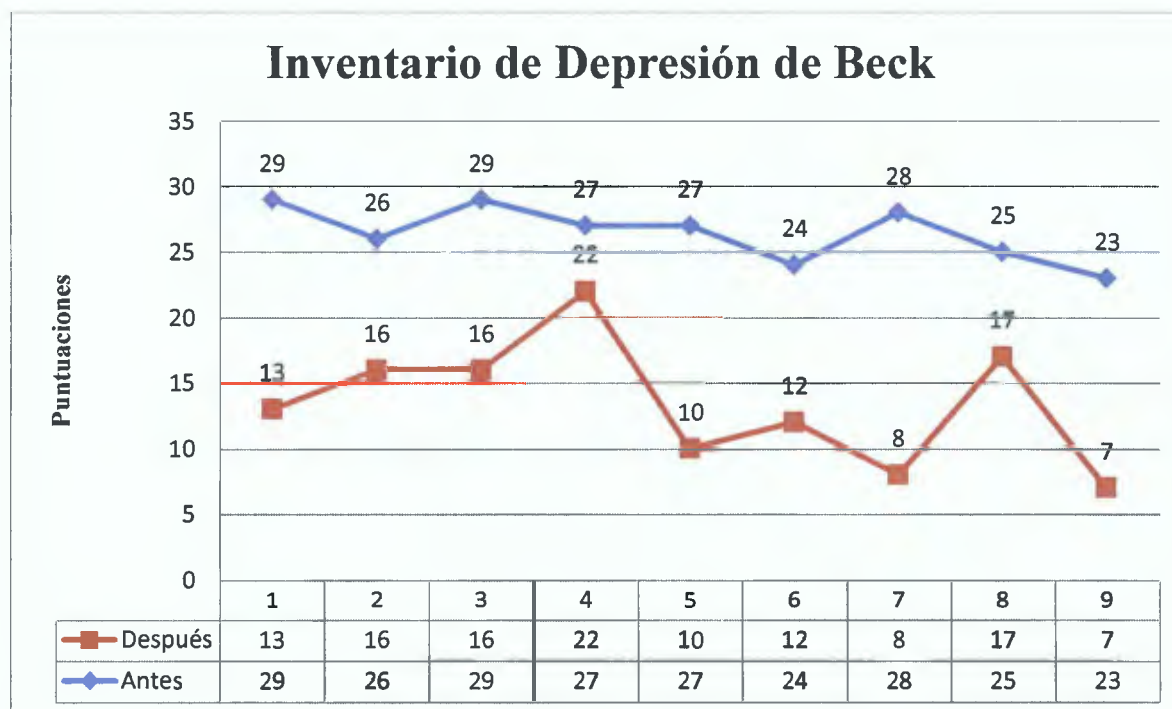
Fuente A Aranda, 2011

Análisis: Como el p-valor computado es menor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, se debe rechazar la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alternativa H_1 . El riesgo de rechazar la hipótesis nula H_0 cuando es verdadera es menos que 0.01%

Conclusión: con un nivel de significación de 5%, los puntajes obtenidos, en el inventario de depresión de Beck presentan una variación estadísticamente significativa. Por lo tanto ha sido posible comprobar la efectividad del tratamiento para la mejoría en las manifestaciones depresivas.

Gráfica No. 2

Comparación entre el pre- test y el post- test del Inventario de Depresión de Beck



3. DISCUSIÓN

En los resultados estadísticos presentados, se pudo observar que se aprobó la prueba de hipótesis para las variables: Ansiedad y Depresión; en las cuales se presentaron cambios estadísticamente significativos, que demuestran la efectividad del tratamiento en los pacientes Ostomizados.

La Psicoterapia cognitivo-conductual logró disminuir los niveles de ansiedad y depresión de los sujetos que participaron del estudio. También se observó cómo estos adultos al aceptar y conciliar que un estoma no es impedimento para llevar una vida relativamente normal, refirieron cambios positivos en su estilo de vida, que a la vez repercutieron en la disminución de los estados de ansiedad y depresión.

La psicoterapia cognitivo conductual fue orientada hacia aquellos cogniciones y conductas que acentuaban los síntomas psicológicos presentados, se apoyó con estrategias de relajamiento, afrontamiento y resolución de problemas, así como se intentó fortalecer la capacidad de identificar y modificar aquellos pensamientos irracionales que subyacen a los síntomas psicológicos, enfatizando que un estoma no es necesariamente una discapacidad que tenga consecuencias de minusvalía, sino una oportunidad de seguir viviendo. El aportarles información sobre su patología y manejo de la misma fue significativo para lograr canalizar la ansiedad fomentada por el desconocimiento, reportando los pacientes haber empezado a tener una perspectiva más amplia de la posibilidad de calidad de vida que podían tener,

logrando una apertura a otras actividades que tendieron a disminuir su ánimo depresivo.

CONCLUSIONES

Completada nuestra investigación llegamos a las siguientes conclusiones

- Los ostomizados que participaron de nuestro estudio, independientemente de sus datos demográficos (sexo, edad, escolaridad, estado civil, ocupación etc.) confirman que un estoma supone un gran cambio que afecta a la esfera física, emocional y de relación con los demás.
- La imagen corporal, la sexualidad, actividades recreativas y deportivas se ven afectados. La incorporación al ámbito laboral es determinada por el tipo de patología, ocupación y demandas económicas.
- La aceptación de una intervención como ésta, fue asocio al tiempo de portar un estoma y a la permanencia de la mismo (definitiva o temporal); no vinculable al conocimiento que se tenga de la patología y a la mejoría del estado de salud.
- La respuesta emocional variaron dependiendo de factores como la personalidad, edad, nivel cultural, apoyo familiar, etc. Sin embargo, hubo sentimientos comunes en los pacientes, siendo común la ansiedad y la tristeza.

- En el pre test (BAI) el grupo se caracterizó por ubicarse en un rango de ansiedad moderada, lo cual varió en el post test, evidenciándose cambios en los cuales ocho de los participantes reflejaron un nivel de ansiedad bajo y aunque en una el rango se mantiene en ansiedad moderada, se apreció cierta disminución a lo que presentaba al inicio del programa.
- Los datos arrojados por el pre test (BDI) se caracterizaron por ubicar, al grupo, en un rango de depresión moderada; en el post test experimentó cambios en donde dos de los pacientes reflejan un estado de ánimo normal, seis pasan de un rango de depresión moderada a depresión leve y aunque en una de las participantes se mantiene en el rango de depresión moderada, se apreció cierta disminución respecto a su inicio del programa.
- El tratamiento mejoró considerablemente a la mayor parte de los participantes, lo cual permite presumir la efectividad de una terapia cognitiva conductual grupal en el manejo de los estado depresivos y de ansiedad que experimentan nuestra muestra por el trastorno adaptativo mixto. Cabe señalar que la muestra utilizada en esta investigación no es significativa por lo tanto estos resultados no pueden ser generalizados a toda la población de pacientes ostomizados.

- Aun cuando la prueba no paramétrica de Wilcoxon demostró que existe suficiente evidencia estadística para determinar que el grupo mostró cambios significativos después del tratamiento, observamos a través de la interpretación de las escalas, que la mayoría continuó mostrando niveles leves de ansiedad y depresión.
- Los resultados obtenidos en esta investigación fueron evaluados inmediatamente después del término del tratamiento, es decir, a corto plazo, por lo tanto la mejoría reflejada a través de los resultados en las pruebas de los sujetos debe ser considerada como una mejoría en ese período de tiempo.
- El diseño de investigación utilizado para la realización de este trabajo tiene muchas limitaciones, ya que el grado de control es mínimo, por lo tanto, los resultados obtenidos no tienen el mismo rigor científico que los diseños cuasi-experimentales o experimentales.

RECOMENDACIONES

- Continuar brindando este tipo de tratamiento psicológico a pacientes ostomizados, ya que esta investigación ha aportado evidencias que sustentan lo provechoso que ha sido para un grupo de personas que portan un estoma.
- La psicoterapia que se le debe proporcionar a los pacientes ostomizados debe iniciarse en el mismo momento que se hacen candidatos para portar un estoma; los centros de atención hospitalaria deben desarrollar un protocolo de atención que además del cuidado médico y demanda de insumo, incluya el aspecto psicológico, proponiéndose un equipo multidisciplinario que aborde el ámbitos que compete a su especialidad.
- Incluir dentro de las actividades que se puedan realizar con los pacientes ostomizados al menos una sesión en la que se pueda trabajar con los familiares de los mismos con la finalidad de que su grupo primario de apoyo colabore como soporte emocional.
- Revisar y mejorar el programa para que se pueda lograr con mayor eficacia la reducción de los síntomas de ansiedad y depresión. Se pueden establecer sesiones de seguimiento o monitoreo para que los beneficios obtenidos se mantengan y no se den recaídas en el proceso, y en los casos

de pacientes resistentes establecer sesiones individuales para un abordaje completo.

- Realizar una investigación con un diseño experimental o cuasiexperimental, que incluya selección de muestra al azar y con grupo control con la finalidad de que los resultados que arroje la investigación sean más riguroso.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

Alberca, R., (2001) *Tratamiento de las alteraciones conductuales en la enfermedad de Alzheimer y en otros procesos neurológicos* (1er ed.).Madrid: Médica Panamericana.

Belloch, A., Sandín, B. y Ramos, F. (1997). *Manual de Psicopatología* Vol. 2 (1ª ed.) España: editorial McGraw-Hill Interamericana.

Caballo, V. (1998) *Manual de Técnicas de Terapia y Modificación de Conducta*, (4ªed) Madrid: editorial Siglo XXI.

Compas, B. y Gotlib, I. (2003) *Introducción a la Psicología clínica. Ciencia y Práctica*. México: McGraw-Hill.

Corella, J. (2005) *Estoma: Manual para enfermería*, Edita: Consejo de enfermería de la comunidad Valenciana (bibliotecadigitalcecova.es)

Defensor del pueblo Andaluz (2003). *Veinte años de intervención del defensor del pueblo andaluz en defensa de los derechos de las personas con discapacidad en Andalucía* (1ª ed.). Sevilla: Defensor del Pueblo Andaluz

González, F., (2007) *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. La Habana: editorial Ciencias Médicas.

Gómez, F., Pérez, M. y Corral, E., (2009) *Apoyo Psicológico en Situaciones de Emergencia*. Madrid: Aran ediciones, S.I.

Guía para Ostomizado: *Las enterostomías: ileostomías y colostomía*

Hernández, E., Armayones, M., Boixados, M., Guillamon, N., Gómez, B., & Pousada, M., (2009). *Salud y Red* (1ª ed.). Barcelona: editorial UOC

Jarne, A., Talam, A., Armayones, M., Horta, E. y Requena, E., (2006) *Psicopatología* (1ªed). Barcelona: editorial UOC

León, J. (2004). *Psicología de la Salud y la Calidad de Vida* (1ªed.). Barcelona: editorial UOC

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales -IV texto revisado DSM IVTR (2002) Madrid Ed. Elsevier Masson.

Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C, & Sykes, C. (2008). *Psicología de la Salud Teoría, Investigación y Práctica* (2ªed.). México: editorial Manual Moderno

Méndez, E. (1991). *Introducción al Estudio de la Invalidez* (1ªed.). Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia

Registro Nacional de Cáncer (2009) *Tumores Malignos Reportados en la República de Panamá* (1985-2007). Ministerio de Salud República Panamá.

Oblita, L. (2006). *Psicología de la Salud y Enfermedades Crónicas*
<http://www.psicomeditores.com>

Oblita, L. (2009). *Psicología de la Salud y Calidad de Vida* (3ªed.). México, D.F., editorial Cengage Learning

Obst, Julio (2004). *Introducción a la Terapia Cognitiva*. Editorial EA edicones/L

Organización Mundial de la Salud (2001.). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Editor, Organización Mundial de la Salud.

Pereña, M., (2006). *Asistencia y Protección de las Personas Incapaces o con Discapacidad: Las soluciones del Derecho civil* (1ªed.). Madrid: Editorial Dikinson

Polonio, B., (2003). *Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica* (1ªed.). Madrid: editorial Medica Panamericana

Reynoso, L., Seligson, I., (2005). *Psicología Clínica de la Salud un Enfoque Conductual* (1ªed.). México: editorial Manual Moderno.

Ruíz, J. y Cano, J., (2002). *Manual de Psicoterapia Cognitiva*. R&C Editores

Sampieri, R y otros (2003). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw-Hill.

Sarason, I. y Sarason, B., (2006). *Psicopatología: Psicología Anormal: El Problema de la Conducta Inadaptada* (11ªed). México: Pearson educación.

Spielberger, Ch., (1990). *Tensión y Ansiedad*. México: Harper & Row Latinoamericana, S.A. de C.V.

Tamames, S. y Martinez, C. (2000). *Cirugía: Aparato Digestivo, Aparato Circulatorio, Aparato Respiratorio*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (1ªed.). México, D. F.: editorial McGraw Hill

Tobal, M. (1990). La ansiedad. En J. Mayor y L. Pinillos (eds.): *Tratado de Psicología General: Motivación y Emoción* (Vol. 3). Madrid: Alhambra

Trull, T. y Phares, E., (2003). *Psicología Clínica: Conceptos, Métodos y Aspectos Prácticos de la Profesión* (6ªed.). México: editorial International Thompson S.A

Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J. y Restrepo, J. (2003). *Nefrología* (4ªed.). Colombia: editorial CIB

Vidal, J. (2006). *Psiconeuroinmunología*. Barcelona: Publicación I Universidad de Barcelona.

TESIS CONSULTADAS

Barrio, M., (2005) *Manejos del Estrés y de la Ansiedad en un Grupo de Pacientes Diabéticos un Abordaje Cognitivo Conductual*. Tesis Maestría en Psicología Clínica Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

González, Y., (2009) *Psicoterapia Cognitiva Grupal como Tratamiento a un Grupo de Hombres Víctimas de Violencia Doméstica que Presentan Sintomatología Depresiva*. Tesis Maestría en Psicología Clínica Facultad de Psicología Universidad de Panamá

Matteus J (2004) *Programa de Terapia Cognitivo Conductual para Maestros de la Escuela Básica General del Ipeh que Presentan Síndrome de Burnout* Tesis Maestría en Psicología Clínica Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

Rivas, L. (2004). *Intervención Psicoterapéutica en un Grupo de Pacientes Diagnosticadas con Cáncer de Mama Tendiente a Mejorar el Estado Psicológico General y la Calidad de Vida Durante los Tratamientos*. Tesis Maestría en Psicología Clínica Facultad de Humanidades Universidad de Panamá.

SITIOS DE INERNET

COBO, Paloma. (2006). *La Depresión en Adolescentes*. Revista Mexicana de Orientación Educativa. México. <http://www.remo.ws/revista/n8/n8-cobo.htm>.

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (2007). *Modelo de Centro de Día para la Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer*. Recuperado 19/9/2012 en <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-modelo-03.pdf>

Martín, B., Panduro, R., Crespillo, Y., Rojas, L. y González, S.(2010). *El proceso de Afrontamiento en Personas Recientemente Ostomizadas*. Index Enferm 19(2-3): 115-119.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962010000200009&lng=es.

REVISTAS

Martín, L. (2003) *Aplicaciones de la Psicología en el Proceso de Salud*. Revista Cubana de Salud Pública, 29 (003), 275-281

ANEXOS

HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS PARTICIPANTE

Caso N° 1

I. Datos Generales

Nombre: A. R.

Sexo: Femenino

Edad: 54 años

Estado Civil: Separada

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Estudios Primarios Completos

Ocupación: Empleada Doméstica

II. Motivo de Consulta

Indica que se siente muy triste y desanimada, no tiene ganas de nada, llora con facilidad y siente miedo de salir de casa, lo cual explica sólo hace para ir a laborar, expresando que le causa gran angustia.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar completo conformado por sus progenitores y tres hijos de los cuales ella es la mayor y única mujer. Refiere que de su familia

de origen le sobrevive su papá y hermanos, explicando que su madre falleció siendo ella una menor de 14 años de edad, producto de cáncer.

Describe que su hogar de origen era humilde, pero nunca les faltó alimentación. Niega que durante su convivencia en el hogar parental haya sido víctima de maltratos físicos, psicológicos o negligencias, explicando que tras la muerte de su madre, ella fue quien asumió los quehaceres de la casa y atención de sus hermanos, por voluntad propia

Señala no haber seguido estudiando por falta de interés, además su papá no contaba con los medios económicos para financiarle su educación, la cual tenía que recibir en otra área, porque donde vivían no había colegio y ella no estaba dispuesta a dejar solos a su papá y hermanos.

Informa que ha tenido tres uniones de pareja; a los 16 años establece su primera unión conyugal y procrea sus dos primeros hijos; refiere que la relación dura cinco años y finaliza por violencia doméstica. Posteriormente establece una segunda relación y procrea tres hijos más; ésta unión dura 15 años y finaliza porque su consorte se va con otra mujer. Señala que en su última unión procrea sus dos últimos hijos y actualmente tiene dos años de haberse separado de su consorte por incumplimiento de sus deberes como proveedor y violencia doméstica.

Señala tener siete hijos de los cuales dos son menores en edad y viven bajo su crianza y manutención, refiriendo que el resto de sus hijos ya tienen hogares independientes.

Indica ser la proveedora de su hogar, explicando que sus dos hijos menores asisten al colegio y ella es quien vela por los gastos de educación y necesidades básicas en su totalidad, refiriendo que el padre no cumple con la mensualidad de \$50.00 dólares que le tiene puesta en el Juzgado. Además manifiesta que sus otros hijos no le pueden ayudar, porque tienen sus propias responsabilidades familiares y no le alcanza.

Informa que no tiene un trabajo estable, describiendo que su ocupa en faenas domésticas (planchar y lavar, aseo de casas); no cotiza seguro social, pero se beneficia del mismo porque un hijo la tiene asegurada. Refiere que con lo que deviene con su trabajo le alcanza para subsistir humildemente, pero actualmente su situación es difícil, porque no puede trabajar como antes y el ingreso ha disminuido.

IV. Descripción de la situación Actual

A.R. es paciente ostomizada hace doce meses atrás por cáncer de colón. Su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y al momento finalizó el tratamiento oncológico, estableciéndole cada tres meses cita de evaluación.

A. R. evade su asistencia a las reuniones mensuales que se programan para ir a retirar las bolsas colectoras, refiriendo que no quiere salir de su casa por temor a tener un accidente de derrame de sus excretas y también porque piensa que desprende mal olor. Describe que cuando sale fuera de su casa, sobre todo a trabajar está muy nerviosa e incomoda, señalando que cuando tiene personas muy próximas, tiembla o tiende a sudar, lo cual se hace molesto sobre todo cuando aborda transporte público.

Informa haber bajado de peso, lo cual asocia a su falta de apetito, además está muy cansada, refiriendo que no puede dormir y esto la tiene alterada, tiene menos paciencia tendiendo a estallar en enojo contra sus hijos. Expresa entre llanto que siente que ya no sirve para nada; está preocupada por sus dos hijos, exclama que no sabe que será de ellos, porque ella ya no tiene la fortaleza para mantenerlos y nadie los va a poder ayudar.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansiosa.

Exploración:

- Estado de animo: triste, desanimada sin ganas de nada, con sentimientos de culpa
- Nivel de energía: falta de iniciativa y sin ninguna definición a futuro
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables médicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación

- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas como parte de un trastorno
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas económicos y laborales Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 60 (actual)

Caso N° 2**I. Datos Generales**

Nombre: V. G.

Sexo: Femenino

Edad: 55 años

Estado Civil: Casada

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Estudios Universitarios

Ocupación: Educadora

II. Motivo de Consulta

Señala padecer de dolores de cabeza, tiene dificultad para dormir y ha perdido peso; está muy tensa, alterada e irritable; refiriendo que prefiere aislarse porque le molesta estar acompañada y además a solas puede llorar, lo cual hace con frecuencia. Indica evitar mantener intimidad sexual, refiriendo que las pocas que ha tenido no las ha disfrutado. Reconoce que se enoja con facilidad y termina involucrada en discusiones con sus hijos y sobretodo consorte, lo cual hace que

la convivencia familiar sea conflictiva. Considera que su familia no la comprende.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar completo conformado por sus progenitores y tres hijas de los cuales ella es la segunda en orden de nacimiento. Refiere que toda su familia de origen le sobrevive y la interacción parental y fraternal son estrecha y sin conflictos, refiriendo no tener queja de sus familiares, porque han sido un apoyo, lo cual le hace sentir culpable de su conducta hostil hacia éstos.

Describe que fue criada en un hogar de origen estable de clase media, donde se le exhorto a la superación profesional. Niega que durante su convivencia en el hogar parental haya sido víctima de maltratos físicos, psicológicos o negligencias, expresando que tuvo una niñez y adolescencia normal y dedicada a intereses propios de la edad.

Informa que tiene 23 años de casada, la relación ha sido estable y libre de conflictos, expresando que su esposo ha sido un consorte responsable, buen padre y esposo, nunca han tenido problemas de infidelidad y la intimidad sexual antes de la ostomía era satisfactoria, lo cual a variado y causa temor de que busque otra pareja. Refiere que ya no se siente atractiva y empieza a lagrimar.

Señala que tiene dos hijos procreado de su matrimonio, ambos son adultos, estudiantes universitarios y viven bajo la manutención parental.

Indica ser educadora en una escuela primaria y su esposo también, la economía familiar es promedio, refiriendo que con lo que devienen le alcanza para cubrir sus necesidades básicas y mantener algunas comodidades.

Indica que su vida era normal hasta que se enfermó.

IV. Descripción de la situación Actual

V.G. es paciente ostomizada hace ocho meses atrás por cáncer de colón. Su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y no refiere tratamiento oncológico.

V.G. señala sentirse preocupada e inquieta, manifestando entre sollozos que es la culpable de que su familia este sufriendo. Manifiesta que desde que la ostomizaron ha sentido que se le ha quitado la alegría de vivir, explicando que no tiene deseos de salir y se siente a disgusto de que las personas la visiten, prefiere permanecer encerrada en casa y sin sonido alguno, exclamando que no sabe como hará cuando tenga que retornar a su trabajo, explicando que se acogió a una licencia, la cual esta próxima a expirar, señalando que ha estado pensando renunciar.

Informa que no se siente una mujer completa, refiriendo que esto a repercutido en su deseo y respuesta sexual, lo cual le preocupa porque no sabe cuan tolerante va a ser su consorte a su rechazo.

Señala sentirse temerosa de salir, indicando que las veces que lo ha hecho se siente extraña, le palpita fuertemente el corazón, siente dificultad para respirar y seca la boca.

Indica que le cuesta recordar las cosas y concentrarse, describiendo que por lo general está pensando distante, pero en nada específico, lo cual refiere en un tono triste hace que no sea una buena compañía para su esposo y una buena madre para sus hijos.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación

- **Afecto:** Triste y ansiosa

Exploración:

- **Estado de animo:** Decaído, ausente, molesta y sin fuerzas, con sentimientos de culpa y baja autoestima
- **Nivel de energía:** Decaído
- **Percepción:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Contenido del Pensamiento:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Síntomas somáticos inexplicables médicamente:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Conversión:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Disociación:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Crisis Paroxísticas:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Capacidad Ejecutiva:** Sin alteraciones al momento de la evaluación
- **Introspección (o conciencia de enfermedad):** Reconoce los síntomas como parte de un trastorno
- **Juicio:** Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 60 (actual)

Caso N° 3**I. Datos Generales**

Nombre: T. R.

Sexo: Femenino

Edad: 60 años

Estado Civil: Viuda

Lugar de Nacimiento: Los Santos

Nivel Educativo: Primaria

Ocupación: Ama de casa

II. Motivo de Consulta

Señala no saber que le pasa, describiendo que se siente triste y sin gana de hacer nada, no tiene hambre, pero no ha perdido peso; también no puede dormir, refiriendo que se acuesta y se la pasa es pensando y así le da la madrugada. Indica que llora por cualquier cosa y también se enoja fácilmente. No quiere salir de casa, agregando que antes era muy activa en su iglesia, pero ahora ni al culto va.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar completo conformado por sus progenitores y siete hijos de los cuales ella es la segunda en orden de nacimiento. Refiere que de su familia de origen le fallece su papá, describiendo que su mamá reside junto a tres hermanos y entre todos colaboran en atenderla, pero ahora ella no sirve para atenderla, exclamando que no va a verla mucho para no mortificarla y también porque no quiere que los demás le tengan lastima.

Describe que a pesar de que fue criada en un hogar humilde donde padeció de ciertas carencias, recuerda dicho período como de gran felicidad, refiriendo que aunque tenían que ayudar en los quehaceres, también se le permitía jugar, negando maltratos físicos, psicológicos o negligencias. Señala que como eran una familia numerosa, sus padres sólo pudieron educarla hasta el sexto grado, agregando que por ser una de las primeras tuvo que colaborar más en la casa.

Informa que estuvo casada por 35 años e indica que su esposo falleció hace cinco años de un infarto. Refiere que su matrimonio fue estable y libre de violencia doméstica, describiendo que su consorte fue buen padre y esposo.

Señala que tiene un hijo procreado de su matrimonio, adultos con un hogar conformado; el cual vive independiente de ella, pero siempre ésta visitándola y con su nuera y nietos.

Indica vivir sólo, refiriendo que es ama de casa y que el sustento lo adquiere de la pensión de sobreviviente que le dejó su esposo, la cual asegura es suficiente para

cubrir sus necesidades básicas y mantener algunas comodidades; también su hijo le ayuda cuando puede.

Indica que ahora que enfermó, estuvo un tiempo en casa de su hijo, pero hace cinco meses volvió a su casa, explicando que allá estaba acompañada, pero no se sentía bien porque no era su casa, además lo que hacía era estorbar y traer discusiones entre su hijo y familia.

IV. Descripción de la situación Actual

T.R. es paciente ostomizada hace un año atrás por cáncer de colón. Su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y ya terminó tratamiento oncológico, estableciéndole citas anuales de control.

T.R. manifiesta que es una mujer que a pesar de que tiene un hijo, una nuera y dos nietos está sola y ahora no sirve para nada y lo que le espera es convertirse en una carga para los demás, exclamando que lo mejor es que deje Dios se la lleva y así deja de sufrir y de preocupar a otros.

Indica que no quiere irse a casa de su hijo, porque allá se convierte en una carga para su nuera, además estando en su casa, puede estar sola sin que estén pendiente de lo que hace, describiendo que su nuera se la pasa obligándola a comer si ella no tiene hambre, mandándola a asearse y vestirse, si ella no quiere, refiriendo que en casa se pasa en pijama, no tiene ganas de vestirse.

Señala que no está asistiendo a su iglesia, la cual era la única actividad que realizaba cuando estaba sana, recordando que era la encargada de algunas obligaciones, pero ahora no es lo suficientemente capaz para asumirlas, aceptando sentir temor a salir de casa y no saber porque, sólo expresa que se siente mal.

Indica que su negativa a irse con su hijo a causado varias discusiones entre ambos, lo cual no le gusta porque sabe que éste tiene la razón, pero ella sólo quiere estar sola y los demás no la entienden.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansiosa

Exploración:

- Estado de ánimo: Molesta y con baja autoestima
- Nivel de energía: Normal
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas, pero les de una explicación racional.
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 60 (actual)

Caso N° 4**I. Datos Generales**

Nombre: P. C.

Sexo: Femenino

Edad: 50 años

Estado Civil: Separada

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Primaria

Ocupación: Ama de casa

II. Motivo de Consulta

Informa que desde hace más o menos un mes se siente más inquieta, tensa y preocupada. Expresa que ahora se siente más vulnerable e insegura, describiendo que le cuesta tomar decisiones, lo cual ha delegado a su hijo de 16 años. Indica que a aumentado de peso porque se la pasa comiendo y acostada. No quiere salir de casa, no atiende los quehaceres ni a su hijo.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que su familia de origen la conforman sus progenitores y ella. Describe que su ambiente de crianza fue conflictivo, refiriendo que entre sus progenitores se dio violencia doméstica y varias separaciones.

Señala que su familia era de clase media y sin dificultades económicas; ambos padres trabajaban y ella quedaba al cuidado de familiares y también de empleadas domésticas.

Indica que se le ofreció la oportunidad de educarse pero no la aprovechó, explicando que finaliza el sexto grado con una edad superior al promedio y por eso no quiso ir a secundaria, exclamando que se apenaba de ello.

Informa que está casada pero su pareja la abandonó ahora que ha estado enferma, refiriendo que la relación entre ambos era deficiente y que su consorte tenía otra mujer, y ahora que ella cayo en este estado se fue del todo.

Señala que tiene un hijo procreado de su matrimonio, menor de edad y estudiante; el cual vive bajo su crianza.

Indica que el sustento familiar proviene de su esposo, el cual tiene un ingreso bueno y les pasa una ayuda económica generosa, aclarando que problemas económicos no pasan.

IV. Descripción de la situación Actual

P.C. es paciente ostomizada hace seis meses por una obstrucción intestinal; su ostomía es por el momento temporal, explicando que el doctor le a señalado que todo depende de su desarrollo médico.

P.C. expresa que el saber que es temporal su estado la anima un poco, pero aún así sigue sintiendo temor de que su situación no mejore y tenga que permanecer con bolsa toda su vida; refiere que el pensar sobre ese posibilidad le acelera el corazón y también le causa desvelo, agregando que trata de alejar los pensamientos, pero no lo logra, lo cual alienta que durante el día se la pase distante y no pueda concentrarse en nada.

Indica que cuando se ve no puede evitar llorar y compadecerse, agregando que siente que a perdido su atractivo como mujer y que lo mejor a sido que su pareja la haya abandonado.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansiosa

Exploración:

- Estado de ánimo: Decaído y melancólico, con temor al futuro.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación

- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas, pero les de una explicación racional.
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 60 (actual)

Caso N° 5**I. Datos Generales**

Nombre: R. C.

Sexo: Masculino

Edad: 56 años

Estado Civil: Casado

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Bachiller

Ocupación: Pensionado

II. Motivo de Consulta

Informa que su carácter a cambiado, expresando que siempre anda como mal humorado y renegando por todo, exclamando que se molesta por cualquier cosa y que no encuentra que nada está bien. Indica que ha aumentado de peso porque se la pasa comiendo y acostado, sin ganas de nada, ni siquiera de tener intimidad sexual con su consorte.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que su familia de origen la conforman sus progenitores y él. Describe que su ambiente de crianza fue bueno, explicando que al ser hijo único fue muy protegido y complacido en todo. No tiene quejas de su ambiente de crianza, señalando que su familia tenía cierto poder adquisitivo, lo cual le facilitó ciertas comodidades y le permitió tener una buena educación.

Señala que se graduó en un colegio agropecuario y consiguió empleo finalizado su bachiller, por lo cual explica no continuó estudios universitarios.

Informa que está casado y su matrimonio lo valora como estable y sin conflictos. El sustento del hogar lo aportan entre ambos, explicando que su esposa es enfermera y él actualmente está pensionado, por su padecimiento.

Señala que tiene dos hijos procreados de su matrimonio, adultos y estudiante universitario; los cuales vive en Panamá por razones de su educación y que él y su esposa son quienes los sustentan.

Manifiesta que su tiempo lo pasa mayormente en casa, explicando que antes salía más, pero ahora con esa bolsa no puede, porque es muy incomodo.

IV. Descripción de la situación Actual

R.C. es paciente ostomizada hace dos años por un cáncer de colón; su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y ya terminó tratamiento oncológico; refiriendo no tener citas de control, pero si estar pendiente de sus

exámenes para evitar cualquier recaída; además de su problema de cáncer también padece de aneurisma.

P.C. expresa que su cambio de carácter le hace saber que debe buscar ayuda porque si continua tratando a las personas de la forma hostil que lo hace se va a quedar solo. Señala que está lleno de rabia y frustración y a pesar de que sabe que nadie tiene la culpa de sus problemas médicos termina desquitándose con éstos, lo cual le causa dolor, porque por andar con sus rabietas no disfruta y las personas se alejan de él. Reconoce que se siente triste y que su estoma le causa repulsión, pero no quiere que las personas y menos su familia se enteren de su malestar, por lo cual prefiere alejarlo con su mal genio.

Indica que su actividad sexual se sigue dando, pero no como el quisiera, explicando que su deseo ha disminuido y también ha presentado ciertas dificultad para tener erecciones, por lo cual evita proponer intimidad a su pareja, porque teme no poder complacerla, lo cual lo enoja y frustra, y hasta lo hace sentir poco hombre.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación

- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y Ansioso

Exploración:

- Estado de ánimo: Enojo y frustración.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación

- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas, pero les de una explicación racional.
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 65 (actual)

Caso N° 6**I. Datos Generales**

Nombre: O. V.

Sexo: Masculino

Edad: 52 años

Estado Civil: Divorciado

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Universidad

Ocupación: Electricista

II. Motivo de Consulta

Indica que está muy intranquilo y por las noches se desvela; no le parece comer y tampoco tiene deseos de asearse, señalando que pasa días sin cortarse la barba. Refiere haber dejado de frecuentar a sus amistades y de salir a actividades sociales. También finalizó la relación de pareja que tenía desde hace dos años, explicando que no se sentía seguro de poder satisfacer a su compañera y prefirió mejor no pasar vergüenza.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar monoparental, señalando que no fue reconocido por su padre y que su mamá fue quien lo crió. Refiere que tuvo una niñez regular, explicando que no fue víctima de negligencias en sus atenciones o maltratos físicos en su crianza, pero si hubo cierto maltrato psicológico, refiriendo que a los siete años de edad conoció a su progenitor biológico, el cual quiso relacionarse con él pero su madre se opuso, recordando que su papá lo frecuentaba a escondidas y también él se escapaba para verlo, lo cual hizo hasta que su papá falleció en un accidente cuando tenía diez años de edad.

Señala que se graduó como electricista en la tecnológica y laboró en el IRHE hasta que la entidad fue vendida, posteriormente empezó un negocio independiente como contratista, el cual a raíz de su condición a delegado a un sobrino. Niega dificultades económicas, explicando que con la liquidación que adquirió del IRHE, lo que le reporta su sobrino como socio del negocio y la venta de algunas propiedades familiares, logra cubrir sus necesidades básicas y vivir cómodamente.

Informa que estuvo casado, refiriendo que se divorcio hace diez años porque su pareja le fue infiel. Niega que en su convivencia matrimonial se diera violencia doméstica, explicando que se separaron en buen término. Actualmente no tiene relación de pareja, expresando que así como a quedado no puede tener una mujer.

Señala que tiene dos hijos procreados de su matrimonio, adultos y profesionales; los cuales vive y trabajan en Panamá, están soltero y mantienen una buena comunicación con él, expresando que los mismos son consciente de que su madre fue la que falló y aunque no se han alejado de ésta, siempre que vienen al interior se queda en su casa.

Indica que vive con su mamá, la cual es diabética y a raíz de ello tiene cierto grado de ceguera; expresa que él es quien vela por su mamá y ahora que a enfermado se siente preocupado porque hay que estar saliendo a citas con ella y no se siente capaz de ayudarla, por el momento una prima le colabora, pero el siente que es su responsabilidad y esto lo deprime y a la vez enoja.

Manifiesta que su tiempo lo pasa mayormente en casa, explicando que antes salía más, pero ahora con esa bolsa no puede, porque es muy incómodo.

IV. Descripción de la situación Actual

O.V. es paciente ostomizada hace un año por un cáncer de colón; su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y ya terminó tratamiento oncológico; refiriendo tener citas de control cada seis meses.

O.V. expresa que está cansado de sentirse mal, triste, sin gana de salir; trata de animarse, pero no siente que mejora, expresando que cada día que se aísla más y se vuelve dependiente de las otras personas, lo cual le frustra, porque siempre fue

un hombre que resolvía, sobre todo a su mamá, a la cual quiere porque lucho para sacarlo adelante y ahora que lo necesita, él no sirve para nada.

Indica que evita verse en un espejo y también que los demás lo vean, explicando que esa fue una de las razones por la cual finalizo su relación de noviazgo.

Señala que se siente enojado por lo que le pasa, no logra concentrarse y razonar bien, pasa el día con una sensación como si le fuera a pasar algo malo...asustado y sobresaltado, lo cual termina alterándolo.

Indica que su actividad sexual la suspendió desde que se le hizo la cirugía, lo cual reconoce obedece a su temor de que pueda tener un derrame al momento del coito y también a que su pareja lo rechaza al ver su estoma; expresa que es muy difícil para él mostrar a otro su estoma, porque hasta a él mismo le causa repulsión.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansioso

Exploración:

- Estado de ánimo: Intranquilo y temeroso al contacto íntimo.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas.

- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 65 (actual)

Caso N° 7**I. Datos Generales**

Nombre: M. S.

Sexo: Masculino

Edad: 50 años

Estado Civil: Soltero

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Bachiller

Ocupación: Vendedor de lotería

II. Motivo de Consulta

Informa estar muy intranquilo y preocupado, con dificultad para dormir. Refiere que por su trabajo tiene que relacionarse con las personas, lo cual hace con mucho esfuerzo porque no se siente bien, le cuesta concentrarse y atender, lo cual es perjudicial en su trabajo porque a perdido dinero dando mal los vueltos. Señala que a tratado de continuar su vida como siempre lo había hecho, pero reconoce que no es lo mismo y que cada día que pasa se entristece más y va perdiendo la energía de continuar.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar monoparental, señalando que aunque fue reconocido por su padre éste nunca lo conoció. Refiere que tuvo una niñez normal, explicando que sus abuelos maternos se hacían cargo de atenderlo mientras su mamá trabajaba; niega que durante su niñez fuera víctima de formas de maltrato.

Informa que a pesar de que su mamá era quien lo mantenía con su ocupación de empleada doméstica nunca le faltó nada, agregando no tener queja de ésta. Señala que su mamá le ofreció la oportunidad de educarse y él le respondió favorablemente, refiriendo que fue un buen estudiante y obediente hijo.

Señala que actualmente labora como billetero, explicando que tiene una tablilla propia y que con lo que deviene se sustenta bien.

Indica que no se ha casado y tampoco tiene relación actual de pareja, exclamando que ahora menos que ha quedado en esa condición.

Indica que vive con su mamá, la cual está jubilada y entre ambos sustentan el hogar.

IV. Descripción de la situación Actual

M.S. es paciente ostomizada hace nueve meses por cáncer de colon; su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma y ya terminó tratamiento oncológico; refiriendo tener citas de control cada seis meses.

M.S. expresa que se siente angustiado por su situación, no entiende que paso, refiriendo que en menos de una semana su vida término en lo que es actualmente y no sabe que más pueda venir; refiere que antes todo era fácil, pero ahora no lo ve así, explicando que tiene una visión pesimista y siempre espera lo peor.

Sobre su condición manifiesta sentir cierto rechazo, señalando que el tener que manipular las eses no es agradable, aunque sean las propias, refiere que está pendiente de no tener mal olor, pero a pesar de ello siempre le preocupa y también le incomoda los gases que en ocasiones desprende y lo cual reconoce le han provocado algunas experiencias vergonzosas.

Señala que se siente intranquilo por lo que le pasa, no logra concentrarse y razonar bien, pasa el día con una sensación de susto o sobresaltado, una angustia que no sabe explicar.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansioso

Exploración:

- Estado de ánimo: Intranquilo, desconcentrado y temeroso.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas.

- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 70 (actual)

Caso N° 8**I. Datos Generales**

Nombre: C. G.

Sexo: Masculino

Edad: 58 años

Estado Civil: Separado

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Primaria

Ocupación: Ganadero

II. Motivo de Consulta

Informa estar decaído con dificultad para concentrarse, todo se le olvida. Siente que su sueño no es bueno y que se despierta cansado y sin ánimos, las noches las siente más largas y muchas veces despierta sobresaltado. Sus días los siente como opacos, sin sentido, como si nada bueno le pudiera pasar o alegrar. En ocasiones le dan atracones de comida y en otras no le parece alimentarse. No sabe porque pero sin ninguna razón a veces le palpita fuerte el corazón, se siente como nauseabundo y sin falta de aire, lo cual a consultado a su médico, pero no encuentran nada.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar monoparental, señalando que fue reconocido por su padre, el cual nunca vivió con ellos porque tenía otro hogar. Refiere que tuvo una niñez normal, explicando que su madre era la encargada de sus cuidados y atenciones, la misma no trabajaba porque su papá los mantenía.

Informa que su madre no tuvo más hijos, agregando que la misma también era hija única y él fue criado en casa de sus abuelos como un hijo más de éstos. Señala que su mamá le ofreció la oportunidad de educarse, pero no quiso continuar más allá de la primaria por falta de interés, explicando que se dedicó con su abuelo a atender la finca familiar, la cual hereda y se convierte en su sustento.

Señala que actualmente no labora, explicando que la faena ganadera requiere de cierto esfuerzo físico que el médico por el momento le ha prohibido.

Indica que estuvo casado, pero el matrimonio finalizó por su conducta infiel; de la relación procreó cinco hijos, todos adultos con hogares formados.

Indica que vive con su mamá, la cual a pesar de ser una señora mayor está saludable se vale por sí sola y hasta lo atiende a él en algunas cosas.

IV. Descripción de la situación Actual

C.G. es paciente ostomizada hace diez meses por divertículos, su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma.

C.G. expresa que se siente triste, mayormente porque no puede hacer nada, refiriendo que prefiere no salir de casa para no entristecer más. Indica que le duele no poder ir a atender sus animales, agregando que desde que era un niño en eso es que es bueno y si ya no lo va a poder hacer entonces no tiene razón para vivir. Indica que el pensar en que su condición se haga permanente le quita el sueño y el hambre; le causa un malestar como una sensación de susto o miedo.

Señala que se siente intranquilo por lo que le pasa, no logra concentrarse y razonar bien, pasa el día con una sensación de susto o sobresaltado, una angustia que no sabe explicar.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación

- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansioso

Exploración:

- Estado de ánimo: Intranquilo, preocupado y temeroso.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas.
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 70 (actual)

Caso N° 9**I. Datos Generales**

Nombre: R. B.

Sexo: Masculino

Edad: 54 años

Estado Civil: Casado

Lugar de Nacimiento: Herrera

Nivel Educativo: Profesorado

Ocupación: Educador universitario

II. Motivo de Consulta

Informa estar distraído, olvidadizo y falto de concentración. Su intimidad sexual es nula, explicando que no tiene deseo de copular. Está obsesionado con el aseo corporal, refiriendo que se baña constantemente y se cambia el dispositivo recolector, lo cual causa que tenga que comprar porque no le alcanza con los que le dan; se niega a tener que ir a las reuniones de ostomizados, explicando que su esposa es quien asiste y retira los suministros, también ésta es quien los compra cuando se le acaban. Indica que se ha vuelto dependiente de su pareja, la misma

es quien le pone el dispositivo recolector, porque él evita al máximo tener contacto con su estoma. Señala que no puede quedarse solo porque inmediatamente le da por llorar o empieza a sentirse como angustiado, falta de aire con náusea, hasta ha llegado a vomitar. Esta sufriendo de dolores de cabeza continuos y tiene problemas para dormir.

III. Anamnesis Personal y Familiar

Indica que proviene de un hogar monoparental, señalando que sus padres se separaron antes que él naciera; fue reconocido por su padre, con el cual mantuvo una buena interacción durante su infancia, adolescencia y aún en su adultez

Informa que su madre era enfermera y él permanecía en su ausencia a cargo de una tía materna, la cual es como una madre para él.

Refiere que tuvo una crianza normal, siendo lo único significativo a destacar que no tuvo a su papá todo el tiempo, pero el poco que compartían era de calidad, agregando que a la fecha no tiene queja de ninguno de sus dos progenitores.

Indica que realizó sus estudios escolares y profesionales sin dificultad; empezó a trabajar como educador primero de secundaria y luego universitario.

Señala tener 24 años de feliz matrimonio, refiriendo que su unión es estable y sin conflictos.

Indica tener dos hijos, ambos estudiantes universitarios, los cuales viven bajo su crianza y manutención.

Refiere que la interacción con su esposa e hijos es estrecha, agregando que son su apoyo para poder hacer frente a su situación.

IV. Descripción de la situación Actual

R.B. es paciente ostomizada hace seis meses por diverticulitis, su ostomía es permanente, no presenta alteraciones físicas del estoma.

R.B. expresa que se siente inseguro de si mismo, con temor a su futuro. Se ha vuelto dependiente de su pareja e hijos, refiriendo que le cuesta tomar decisiones y que delega en los mismos la responsabilidad.

Señala que va a dar sus clases en la universidad, pero ya no disfruta como antes, además tiene que hacer un esfuerzo enorme para concentrarse en lo que hace y para atender las demandas de sus discentes.

La relación con su esposa es buena, pero la intimidad sexual ha disminuido, explicando que no tiene interés de copular, lo cual le inquieta pero su consorte lo tranquiliza diciéndole que es muy prematuro.

Indica que no le gusta quedarse solo, busca la compañía de otros porque siente temor a sus pensamientos, los cuales siempre están dirigidos a los resultados de su tratamiento. Manifiesta que el sólo pensar en quedar ostomizado permanentemente hace que le salte el corazón, falte el aire y le den náusea, estado que es constante porque no puede dejar de ser pesimista sobre su futuro y llorar por su suerte.

V. Examen Mental

Observación:

- Apariencia: Normal
- Conciencia: Sin alteración al momento de la evaluación
- Comportamiento psicomotor: Sin alteración significativas al momento de la evaluación

Conversación:

- Atención y concentración: Sin alteración al momento de la evaluación
- Lenguaje y pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Orientación: Sin alteración al momento de la evaluación
- Memoria: Sin alteración al momento de la evaluación
- Afecto: Triste y ansioso

Exploración:

- Estado de ánimo: Intranquilo, preocupado y temeroso.
- Nivel de energía: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Percepción: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Contenido del Pensamiento: Sin alteraciones al momento de la evaluación

- Síntomas somáticos inexplicables medicamente: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Conversión: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Disociación: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Crisis Paroxísticas: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Capacidad Ejecutiva: Sin alteraciones al momento de la evaluación
- Introspección (o conciencia de enfermedad): Reconoce los síntomas.
- Juicio: Sin alteraciones al momento de la evaluación

VI. Diagnóstico Clínico

Eje I	Trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Eje II	Sin diagnostico
Eje III	Sin diagnóstico
Eje IV	Problemas relativos al grupo primario de apoyo
Eje V	EEAG 70 (actual)

TERAPIA GRUPAL PARA LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

RESUMEN DE SESIONES

SESION DE EVALUACIÓN

En esta sesión se procedió a realizar entrevista clínica y aplicar los test ansiedad y depresión.

MODULO PSICOEDUCATIVO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

Primera sesión

✓ Presentación

- Nos presentaremos haciendo una rueda de nombres. Esto es, yo digo mi nombre, la persona a mi lado dice mi nombre y el suyo. La próxima persona dice mi nombre, el de la persona a mi lado y el suyo, y así sucesivamente.

✓ Dinámica de Integración

- Finalizada la rueda de nombres, se practicó una dinámica con el grupo a manera de integración y conocimiento mutuo, la misma

consistió en formar subgrupos de a dos que durante cinco a diez minutos, realizaran una exploración de conocimiento mutuo. Se le refirió que en esta entrevista debían procurar conocerse, evitando los llamados datos demográficos (lugar de nacimiento, dirección), sino más bien enfocar las características personales de cada uno; después de diez minutos se forma un círculo mayor, y cada participante deberá presentar a su compañera del grupo de a dos. Quien presenta primero estará de pie, detrás de la persona que va a ser presentada, utilizando al hablar la primera persona, como si ella misma fuera la que se presentara. Al final de la dinámica, el facilitador cuestiona cómo se sintió cada una durante el ejercicio.

✓ Reglas y sugerencias para las sesiones

○ Se plantean las siguientes reglas:

- Llegar a tiempo o ser puntual
- Asistir cada semana: Al comenzar, adquieres un compromiso contigo mismo y con tus compañeros/as.
- Mantener una actitud positiva.
- Cumplir con las tareas: Si no practican lo que se enseña en la sesión, entonces, quizás nunca sabrán si esos métodos le

ayudarán a controlar tu ansiedad y sentimientos de depresión.

- Lo que se comparte en la sesión es confidencial. Sin embargo, está bien compartir lo que has aprendido acerca de la ansiedad y depresión con otras personas, si así lo deseas.
 - Trata de ser lo más honesto/a posible y expresarte tal y como tú eres y cómo te sientes.
- Se sugiere al grupo lo siguiente:
- Permite que otros/as conozcan tus ideas. Es importante lo que cada compañero/a tiene que decir. El compartir tus pensamientos y reacciones con el grupo estimulará a otros/as a participar y a compartir lo que están pensando.
 - Haz preguntas. Si tienes una pregunta o hay algo de lo que quieras saber más, pregunta. En este grupo no existen preguntas "tontas" o "estúpidas". Es probable que varios/as compañeros/as del grupo quieran saber lo mismo que tú.
 - No acapares la conversación. Otros también quieren participar y no podrán si consumes todo el tiempo para expresar tus ideas.

- Ayuda a otros/as compañeros/as a participar. Si te parece que alguien quisiera decir algo, pero no lo ha hecho, anímalo/a a que participe. Sin embargo, no lo fuerces. No se necesita hablar para estar involucrado en lo que está Sucediendo.
- Escucha atentamente a tus compañeros/as. No estarás escuchando atentamente si estás pensando en qué decir cuando tengas oportunidad. Trata de entender las ideas de los demás. Escucha a los/as demás de la misma manera en que te gustaría que te escucharan.
- Considera el punto de vista de los/as demás. No insistas en que estás en lo correcto y que todos/as los/as demás están mal.
- Participa en la discusión. Si la discusión es confusa para ti, exprésalo.

(Nota: Se entregarán copias al grupo de las reglas y sugerencias para las sesiones).

✓ Propósito de la Terapia:

- El propósito de esta terapia es tratar la ansiedad y depresión a través de la enseñanza de formas diferentes para controlar mejor nuestro estado de ánimo. Existen cuatro metas:

- Disminuir o eliminar nuestra ansiedad
- Disminuir o eliminar nuestros sentimientos de depresión
- Aprender formas de prevenir o evitar la ansiedad y depresión
- Sentirnos más en control de nuestras vidas

✓ **Ansiedad y Depresión en enfermos crónicos**

- Se define a los participantes términos como enfermedad crónica y enfermo crónico; se les ilustra sobre el impacto emocional de un padecimiento crónico y los tipos de emociones esperadas, haciendo diferenciación entre las reacciones normalmente esperadas de aquellas que ya demandan una atención especializada.
- Se realiza una introducción a los estados de ansiedad y depresión.

✓ **Tarea para casa:**

- Referir cada participante lo que entiende por depresión y ansiedad y exponer su experiencia personal a raíz de su cirugía.

- Informar sobre aspectos de su actual estado que siente alienta depresión o le causa ansiedad.

Segunda sesión

✓ Dinámica

- Haremos la dinámica de la fiesta. La terapeuta dice que va a dar una fiesta y que la persona que interese asistir debe traer algo consigo. La persona tiene que decir su nombre y lo que llevará a la fiesta. La clave es que para ir a la fiesta, la persona debe llevar consigo algo que comience con la letra de su nombre. Al acertar la clave se le pide a la persona que comparta algunos aspectos de ella para tomarlos en consideración a la hora de planificar la fiesta. Luego de algunos minutos de dinámica, y de algún modelaje por parte de los terapeutas, se procede a decir la clave para que aquellos que no la acertaron puedan "asistir a la fiesta".

✓ Revisión de tareas para casa

- Se pide a cada participante exponga lo que entiende por depresión y ansiedad, procediendo a anotar en una cartulina los puntos más referidos.

- También se abre un paréntesis para que los miembros compartan sus experiencias personales y aspectos personales que le alientan ansiedad y depresión.

✓ **Ansiedad y Depresión en enfermos crónicos**

- En este espacio el terapeuta realiza una exposición para ilustrar a los participantes sobre la ansiedad y depresión: proporciona definiciones de ansiedad y depresión, describe síntomas, refiere la vinculación existente entre ambas y sus repercusiones en la salud y consecuente calidad de vida.
- Establece una vinculación entre ambos padecimientos emocionales en pacientes ostomizados y la repercusión en su estado de salud, inserción social, labora y familiar, así como en el desmejoramiento de su calidad de vida.

✓ **Tareas para casa**

- Se le solicita que con la información que han adquirido sobre la ansiedad y depresión refiera los síntomas que reconocen en ellos.
- Refieran cómo éstos han repercutido en su salud y calidad de vida, aspectos social, laboral y familiar.

MODULO DE RELAJACIÓN

Tercera Sesión

✓ Dinámica

- Se forman dos subgrupos con igual cantidad de participantes. A cada subgrupo se le entrega una caja con refranes sin concluir, el ejercicio comienza cuando el facilitador designa el grupo que inicia, entonces un miembro de ese equipo saca el primer papel con un refrán el cual debe ser completado por un miembro del grupo contrario, de no ser así este equipo pierde su turno y le toca al mismo equipo.

Al final gana el equipo que haya logrado completar el mayor número de refranes en menos tiempo.

Ejemplo: “ojos que no ven...”

“Es mejor ser cabeza de ratón...”

✓ Revisión de Tarea para casa

- Se escucha la disertación de cada uno de los participantes sobre su experiencia emocionales, evidenciándose en el grupo que las mismas han alentando gran sufrimiento psíquico y un desmejoramiento de su calidad de vida.

- Se retro alimenta positivamente a los participantes en relación a las expectativas futuras y se le explica que el sufrimiento psíquico que experimentan es fuente de ansiedad y depresión, pero que ellos pueden romper con dichos estadios si aprenden a controlar aquellos aspectos que les subyacen.

✓ Familiarizándonos con las Técnicas de Relajación

- En este espacio se le explica a los participantes que en estado de ansiedad rara vez permitimos que nuestros músculos se relajen y que esta son técnicas que permiten eliminar la tensión.

Se le explica la comorbilidad existente entre ansiedad y depresión y los beneficios que puede aportar el dominio de técnicas de relajación a los malestares emocionales que causa la ansiedad y la depresión.

Se le refiere que hay varias técnicas de relajación y nosotros nos instruiremos en varias.

✓ Técnica de Relajación:

- Técnica de relajación de Jacobson

✓ Tareas para casa

- Se le asignó lectura para la próxima sesión referidas de la guía para ostomizados
- Se le asigno un compañero con el cual deberá comunicarse para compartir comentarios sobre la lectura asignada, los cuales aportaran para la próxima sesión.
- Practicar el ejercicio de relajación de Jacobson 1 veces al día.

Cuarta Sesión

✓ Dinámica

- Se práctico una dinámica dirigida a ir introduciéndonos en la imagen corporal, la misma consistió en pedir a los participantes que imaginarán que estaban en un cuarto muy oscuro, donde no puede ver nada, pero frente suyo hay un gran espejo el cual a medida que el cuarto se va iluminando, va a ir reflejando una imagen suya, hasta que finalmente, puede verla claramente; se le pidió describir en un papel ¿Cómo es esa imagen?... ¿Cómo se mueve?... ¿Cómo es su expresión facial?... ¿Cuál es la actitud de esta imagen?... ¿Cómo se siente?... ¿Cómo piensa?.

Posteriormente se les pide a los participantes no hacer comentario sobre lo descrito, pero sí compartir las emociones que sintieron a medida que pudieron reconocerse en el espejo.

✓ Revisión de Tareas para casa

- Se compartió entre los participantes los comentarios desprendidos del documento de lectura asignado en la sesión anterior. Se procedió a anotar en una cartulina los puntos en común que alentaron mayor expectativa, con la finalidad de aportar documentación instructiva.
- Se compartió en el grupo la experiencia deprendida de la técnica de relajación de Jacobson.

✓ Técnica de Relajación:

- Técnica de relajación respiratoria: Ejercicios de respiración
 - **Ejercicio 1: Inspiración abdominal:** El objetivo de este ejercicio es que la persona dirija el aire inspirado a la parte inferior de los pulmones. Para lo cual se debe colocar una mano en el vientre y otra encima del estómago. En el ejercicio debe de percibir movimiento al respirar en la mano situada en el vientre, pero no en la situada sobre el estómago.

Al principio puede parecer difícil, pero es una técnica que se controla en unos 15-20 minutos.

- **Ejercicio 2: Inspiración abdominal y ventral:** El objetivo es aprender a dirigir el aire inspirado a la zona inferior y media de los pulmones. Es igual al ejercicio anterior, sin embargo una vez llenado la parte inferior se debe llenar también la zona media. Se debe notar movimiento primero en la mano del abdomen y después en la del vientre.
- **Ejercicio 3: Inspiración abdominal, ventral y costal:** El objetivo de este ejercicio es lograr una inspiración completa. La persona, colocada en la postura del ejercicio anterior debe llenar primero de aire la zona del abdomen, después el estómago y por último el pecho.
- **Ejercicio 4: Espiración:** Este ejercicio es continuación del 3º, se deben realizar los mismo pasos y después, al espirar, se deben de cerrar los labios de forma que al salir del aire se produzca un breve resoplido. La espiración debe ser pausada y controlada.
- **Ejercicio 5: Ritmo inspiración – espiración:** Este ejercicio es similar al anterior pero ahora la inspiración se hace de forma continua, enlazando los tres pasos (abdomen, estómago y pecho). La espiración se hace

parecido al ejercicio anterior, pero se debe procurar hacerlo cada vez más silencioso.

- **Ejercicio 6: Sobregeneralización:** Este es el paso crucial. Aquí se debe de ir utilizando estos ejercicios en situaciones cotidianas (sentados, de pie, caminando, trabajando, etc.). Hay que ir practicando en las diferentes situaciones: con ruidos, con mucha luz, en la oscuridad, con mucha gente alrededor.

✓ **Tareas para casa**

- Practicar una vez al día la técnica de relajación de Jacobson
- Practicar una vez al día la Técnica de Relajación respiratoria
- Comunicarse con el compañero para compartir la descripción de la imagen de la dinámica y en la próxima sesión referir al grupo los aspectos que consideraron significativos del compañero.
- Traer 3 situaciones de la semana en que nos hayamos sentido ansiosos o deprimidos

MODULO DE REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA

Quinta sesión

✓ Revisar tarea para casa:

- Se le exhortó a los participantes comentar su experiencia con las técnicas de relajamiento, aportándole a sus comentarios reforzadores para que continúen realizándolas y así lograr un manejo óptimo de las mismas, lo cual se traducirá en beneficios personales en su sintomatología ansiosa y depresiva.
- Cada participante comento sobre los puntos en la imagen descrita por el compañero, que fueron considerado por él como significativos, posteriormente se anotaron en una cartulina los aspectos más cuestionados entre los participantes, así como los más repetitivos.
- Se recopilaron las tres situaciones en las cuales cada uno de los participantes refirió haber experimentado ansiedad o depresión, procediendo a que los participantes las clasificaran entre reactividad a situaciones externas o internas.

✓ Material de relajación:

- Técnica de relajación de Benson: Se explica a los participantes que este es un procedimiento adaptado de las técnicas de

meditación. En ella se usa un “mantra” o palabra secreta susurrada al iniciado para producir estado de meditación profunda.

Las instrucciones dadas son las siguientes: 1) sentarse en posición cómoda 2) cerrar los ojos 3) relajar profundamente todos los músculos, empezando por los pies y subiendo hacia la cara 4) Respirar a través de la nariz siendo consciente de la respiración; a medida que expulse el aire diga la palabra “paz” para ti mismo 5) continuar durante 10 a 20 minutos.

Cuando termine, manténgase sentado por algunos minutos más, primeros con los ojos cerrados, y luego con ellos abiertos. No se levanta hasta pasado algunos minutos.

✓ **Terapia Cognitivo Conductual:**

- Explicación de la terapia Cognitivo Conductual: Se expone el esquema básico de la terapia cognitiva, destacando lo importante que es lo que las personas piensan y perciben sobre sí misma, su mundo y el futuro, en el efectos directos de como se sientan y actúen.

✓ **Técnica de exteriorización de voces:** Se le explica a los participantes.

- Consiste en que una persona dice en voz alta los pensamientos automáticos negativos mientras que otra los contrarresta con

pensamientos alternativos positivos; ¿cómo vería un observador externo esta situación? ¿qué evidencia tengo de que mi interpretación sea la única para la situación? ¿cuál podría ser una explicación alternativa?.

El ejercicio se lleva a cabo a través del juego de roles, en donde: a) El participante, que juega el rol de negativo, emplea el pronombre "tu" (p.e "tú nunca harás las cosas bien"). b) el otro participante juega el rol de positivo, utilizando el pronombre "yo" (p.e "yo hago algunas cosas bien"). Después los roles se invierten.

El empleo del pronombre "tu", según Sank y Shaffer (op. cit.) por parte de la voz que representa los pensamientos negativos atiende a los propósitos. Primero, es más fácil reconocer distorsiones cuándo éstas se aplican a una persona diferente de uno mismo. Segundo, utilizar "tu" como acusación hace que resulte más fácil para una persona el representar el rol positivo que le permita contrarrestar la falta de lógica que encierra esa afirmación cuando esos pensamientos han sido abandonados por su dueño. El empleo del "yo" está dirigido a promover la identificación de un modo de pensamiento más racional y ayudar a la persona que habla a interiorizar un marco de actitudes más funcional.

✓ Pensamientos automáticos respecto al tratamiento de grupo:

- Se procede a que los participantes expresen los pensamientos que han tenido sobre el tratamiento grupal, lo cual se anota en una

lista; escogiendo aquellos negativos al progreso y permanencia en el grupo.

✓ Tareas para casa

- Practicar una vez al día la Técnica de Relajación de Benson
- Comunicarse con el compañero para realizar la Técnica de exteriorización de voces, utilizando aquellos pensamientos negativos que se evidenciaron sobre el tratamiento grupal.
- Las 3 situaciones referidas en la sesión como generadora de sentimientos de ansiedad o depresión debe ser analizada por cada participante y contrarrestada a través de la técnica de exteriorización de voces frente a un espejo.

Sexta Sesión

✓ Revisar tareas para casa:

- Se comparte entre los miembros las experiencias surgidas de la práctica de exteriorización de voces y se hace extensiva otro tipo de situaciones.

✓ Material de Relajación

- Técnica de Visualización: Se le explica a los participantes y se aportan dos ejercicios de los cuales se experimenta uno.
 - Visualización camino de la playa. Estoy tumbado con los ojos cerrados. Me voy alejando de los ruidos y exigencias cotidianas, comienzo a visualizarme con todo tipo de detalles descendiendo por un camino que desemboca en la playa. Me veo recorriendo el camino hace un día cálido, el sol me calienta y la sensación es agradable. Una fresca brisa en mi frente me refresca. Siento como los pies se hunden levemente en la arena caliente y me gusta, es una sensación agradable, muy agradable. Desde aquí puedo mirar al horizonte, veo el azul del mar. Veo el azul del cielo tengo la sensación de estar rodeado de azul un azul que me relaja y me llena, me invade y me sosiega. Percibo los olores salobres del mar, de la arena, escucho el sonido del viento al filtrarse entre las hojas de unos árboles cercanos. Me tumbo en la arena caliente y me relaja, los granos de arena comunican su calor a mi espalda y disuelven la tensión como un azucarillo se disuelve en agua caliente. El cielo azul, el mar azul me relajan. El sonido del viento entre las hojas me relaja. El sonido de las olas me relaja. Siento la relajación y la calma. Me

permiso permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio. Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a esta playa interior a relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma y de paz.

- Visualización tensión – distensión: Estoy tumbado con los ojos cerrados. Me voy alejando de los ruidos y prisas cotidianas visualizo mi cuerpo como si lo estuviera mirando frente a un espejo. Hago un recorrido por el explorando las zonas en que hay más tensión. Hago un mapa de la tensión corporal. Y también de las zonas que siento con claridad y aquellas que apenas percibo, estas últimas coincidirán casi siempre con zonas tensas. Le otorgo el color rojo a las zonas de tensión y un color azul a las zonas que siento relajadas, confecciono así un mapa en color que muestra los territorios tensos y relajados de mi cuerpo. A partir de este instante comienzo a visualizar que con cada respiración entra un aire azul, limpio, puro, relajante. Conforme el aire azul penetra en mi organismo relaja mi cuerpo, la tensión comienza a disolverse. Con

cada espiración sale un aire rojo, la tensión se va, se disuelve. Entra un aire azul, relajante. Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo. Entra un aire azul, relajante. Expulso un aire rojo y con el se va toda la tensión y las impurezas de mi organismo. Siento la relajación y la calma. Me permito permanecer en este estado unos momentos y me preparo para abandonar el ejercicio. Regreso a mi habitación, y tomo conciencia del estado de relajación en que me encuentro, me doy cuenta que puedo volver a este ejercicio para relajarme cuando lo desee, se que mi imaginación es una fuente de calma de tranquilidad y de paz.

✓ Terapia cognitivo conductual

- Reestructuración Cognitiva: Se explica que ésta es una técnica dentro del tratamiento cognitivo-conductual que pretende que las personas cambien sus pensamientos distorsionados por unos más funcionales y adaptativos, ya que nuestros pensamientos negativos son la consecuencia de un estilo cognitivo distorsionado; y se les recuerda que un estilo cognitivo distorsionado es la forma cómo se ve e interpreta el mundo, el

futuro y nuestro propio yo desde un punto de vista irracional, es decir que no corresponde a la realidad. Explicamos que los pensamientos negativos o distorsionados son autodestructivos; nos encierran en un dolor recurrente e innecesario, nos limitan para superar las dificultades, aceptarnos a nosotros mismos y mirar el futuro con esperanza.

- Se les entrega una lista de los pensamientos distorsionados más comunes, para que los lean, se familiaricen con ellos y puedan manejarlos para ir modificando su forma de pensar. Le enseñamos a las adolescentes a detenerse y pensar en una situación que las haga sentir mal y a identificar el pensamiento que tuvieron en ese momento.

✓ Tareas para casa

- Se le proporciona material de lectura sobre los tipos de colectores y cuidados del estoma (Manual de Ostomía), en atención a las inquietudes desprendidas de la sesión cuarta.
- Se entrega una lista sobre creencias irracionales básicas para que lean en casa y traigan para la próxima sesión con cuál de estas creencias se identifican.
- Practicar técnica de visualización (tensión distensión)

Séptima sesión

✓ Revisión de tareas para casa

- Se discute el material de lectura proporcionado del Manual de Ostromía, recogiendo las inquietudes producidas por el mismo para ampliar la información en sesión posterior.
- Abordamos el listado de creencias irracionales ordenando en orden descendente de identificación con los participantes y consensamos posibles explicaciones sobre la prevalencia de las tres primeras.
- Se recoge los comentarios sobre la experiencia con la técnica de visualización y se hace una valoración entre las técnicas de relajación que han ido adquiriendo a lo largo del proceso de terapia y su aplicación en situaciones de ansiedad.

✓ Terapia Cognitivo Conductual

- **Reestructuración Cognitiva:** Se continuó con el material alusivo a las creencias irracionales y explicamos que estas creencias o

ideas se establecen desde la infancia y guardan relación con nosotros mismos, los demás y el mundo.

Para afianzar el aprendizaje hicimos un ejercicio individual que requería que identificaran si la creencia disfuncional que se presentaba tenía relación con ellos, con los demás, o con el mundo.

Luego de forma voluntaria se inicia la discusión en grupo. Para conocer cuáles son los pensamientos disfuncionales y la creencia irracional en cada caso. Se solicita a las participantes que mencionen algunas emociones negativas que surgen de estos pensamientos e intenten ubicar esa emoción en su cuerpo, por ejemplo en la cabeza, manos, estómago, garganta.

Entre las emociones negativas, que se mencionaron se encontraban: tristeza, soledad, desdicha, ansiedad, preocupación, tensión, temor, irritabilidad, decepción y vergüenza.

✓ Tarea para casa

- Se indica completar el cuadro con un pensamiento distorsionado, la creencia irracional nuclear y la emoción que genera. Para esta actividad deben imaginar alguna situación relacionada con su ostomía.

Pensamiento distorsionado	Creencia Irracional	Emoción Negativa

- Practicar diariamente una de las técnicas de relajación.

Octava sesión

✓ Revisión de tarea para casa

- Se exhorto a tres voluntarios exponer sus ejemplos, y si les había sido fácil realizar la tarea solicitada. Se pidió al resto del grupo que escuchara con atención y luego se harían algunos comentarios de ser necesarios.

✓ Terapia Cognitivo Conductual

- **Reestructuración Cognitiva:** Se continua desarrollando los conceptos (pensamiento automático, distorsiones cognitivas, ideas irracionales, creencias centrales y diferencias entre ésta última y pensamientos automáticos) y reforzando la premisa de que detrás de sentimientos negativos como la culpa, ansiedad, depresión, ira, vergüenza; se esconde un pensamiento negativo o distorsionado; y que es el pensamiento distorsionado y no el hecho objetivo el causante del estado de ánimo. Por lo que surge la necesidad de

corregir dicho pensamiento. Se les explica también que un pensamiento se torna irracional cuando no se puede verificar con la realidad y provoca emociones desmesuradas que no son cónsonas con el evento que ha iniciado el pensamiento; y que estos pensamientos distorsionados están tan incrustados en su estilo cognitivo que acaban por automatizarlos; es decir, son pensamientos que surgen rápido y que en la mayoría de las ocasiones no llegan a la consciencia, pero que sí determinan nuestras reacciones y que para manejarlos debemos reconocerlos, porque los mismos se han aprendido a edades muy tempranas en la vida.

- Modificación de Distorsiones Cognitivas: Se presenta el método de debate de las distorsiones a través de preguntas. Se le entrega hoja de trabajo en la que se presentan preguntas que le ayudan a interrogarse y se discute en el grupo.

✓ Tarea para casa

- Se le solicita para la próxima sesión tres situaciones en la semana en las cuales utilizo el método de debate de las distorsiones a través de pregunta.
- Practicar técnica de relajación por lo menos tres veces a la semana.

MODULO DE ENTRENAMIENTO ASERTIVO

Novena sesión

- ✓ Revisión de tarea para casa
 - Se recoge la impresión grupal sobre el método de debate y su utilidad en el manejo de sus pensamientos.
 - Se indaga sobre la utilización y valoración de las técnicas de relajación aprendidas, exhortando a su práctica regular.
- ✓ Definición de asertividad y diferencias con agresión y no asertividad
 - Se explican las definiciones de conducta no asertiva conducta agresiva y conducta asertiva. Se dieron ejemplos proporcionados por los participantes; luego se explicaron mediante ejemplo los componentes de la Asertividad: contacto visual, tono de voz, postura, expresión facial Tiempo (momento) y Contenido.
- ✓ Tarea para casa
 - Se solicitó que para la próxima sesión trajeran situaciones en donde fuese necesario una conducta asertiva por parte de los participantes.

Décima sesión

- ✓ Revisión de tarea para casa

- Se expuso individualmente cada una de las situaciones, las cuales fueron abierta al comentario y aporte del grupo; retro alimentando de ser oportuno o necesario.
- ✓ Finalidad de la asertividad: disminuir las emociones ansiosas-depresivas
 - Se enfatiza que la asertividad es una habilidad básicas para nuestro desenvolvimiento en la vida diaria, porque las personas tenemos intereses y formas de ver el mundo distintos, por lo cual los conflictos interpersonales están a la orden del día, por lo tanto cuando estas habilidades no están lo suficientemente desarrolladas o se emplean de forma equivocada surge la frustración y la insatisfacción.
- Con respecto a la salud mental es una técnica que se ha demostrado efectiva en el tratamiento de la depresión, ansiedad y estrés provocados por las relaciones interpersonales. Nos ayuda a respetar a los demás, y por ende a nosotros mismos.
- ✓ Tarea para casa
 - Se le proporciona para leer una lista de factores que facilitan la comunicación clara y asertiva.
 - Se le solicita describir tres situaciones vividas como ostomizados en la cuales se sintieron muy incómodos por su condición.

Undécima sesión

- ✓ Revisión de Tarea para casa
 - Los participantes comentan acerca de la lectura y explican cómo les puede ayudar en su vida cotidiana
 - Se escogen de las situaciones de incomodidad proporcionadas dos y entre todos se diseña una escena con roles para los participantes.
- ✓ Entrenamiento en rol-playing y técnicas asertivas específicas
 - Se les informa sobre el entrenamiento en rol playing y además algunas técnicas asertivas específicas; luego se procede a que entre los participantes actuemos las escenas diseñadas, para luego someter al comentario grupal.
- ✓ Tarea para casa
 - Rediseñar en grupo la escena dramatizada ofreciendo una perspectiva que refleje los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores.

MODULO DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Duodécima sesión

- ✓ Revisión de tarea para casa
 - Se analiza las dos escenas aportadas y en consenso se escoge una para ponerla en práctica.
- ✓ Explicar el proceso de Resolución de Problemas:
 - Se expone a los pacientes la técnica de resolución de problemas explicándoles que consiste en una estrategia de cinco pasos para encontrar solución a cualquier tipo de problema con el que nos encontremos:
 - Especificar el problema.
 - Concretar la respuesta que como hábito damos al problema.
 - Hacer una lista con soluciones alternativas.
 - Valorar las consecuencias de cada alternativa.
 - Valorar los resultados.
- ✓ Ejercicios de resolución de problemas

- Se le pide que identifiquen distintas situaciones o problemas de su realidad y desarrollen los cinco pasos previamente explicados.

✓ Tarea para casa

- Traer dos situaciones o problemas más de su diario vivir en las cuales aplicar los cinco pasos de la técnica de resolución de problemas.

Décimo tercera sesión

✓ Revisión de tarea para casa

- Los participantes comentan sobre las situaciones de su diario vivir y a la vez son retroalimentados por el grupo

✓ Ejercicios de resolución de problemas

- Se continúa en grupo evaluando distintas situaciones o problemas de su realidad a través de los pasos para resolución de problemas.

✓ Tarea para casa

- Identificar en la semana a transcurrir cual ha sido de la información recibida durante la terapia, la que más ha implementado.

MODULO SESIÓN DE CIERRE

Décima cuarta sesión

- ✓ Revisión de tarea para casa
 - Se comparte entre los miembros el aprendizaje adquirido de la tarea asignada y sus puntos de vista.
- ✓ Unirlo todo
 - Durante esta sesión hicimos una recopilación de todo los módulos desarrollados, recogiendo durante la misma los comentarios y cambios que se daban en los participantes tras el conocimiento adquirido.

Décima quinta sesión

- ✓ Unirlo todo
 - Se les enfatizó que la ostomía es un cambio que representa vida y que las técnicas y habilidades adquiridas, deben continuar utilizándose para que su condición sea una oportunidad para compartir y disfrutar satisfactoriamente un tiempo más.
- ✓ Evaluación final: escala y auto informe

- Se le aplica a los participantes el inventario de Ansiedad y Depresión de Beck.

Inventario de Depresión de Beck.**Nombre****Fecha**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

1).

- ☐ No me siento triste
- ☐ Me siento triste.
- ☐ Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- ☐ Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2).

- ☐ No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- ☐ Me siento desanimado respecto al futuro.
- ☐ Siento que no tengo que esperar nada.
- ☐ Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no

3).

- ☐ No me siento fracasado.
- ☐ Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- ☐ Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- ☐ Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- ☐ Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- ☐ No disfruto de las cosas tanto como antes.
- ☐ Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- ☐ Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- ☐ No me siento especialmente culpable.
- ☐ Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- ☐ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- ☐ Me siento culpable constantemente.

6).

- ☐ No creo que esté siendo castigado.
- ☐ Me siento como si fuese a ser castigado.
- ☐ Espero ser castigado.
- ☐ Siento que estoy siendo castigado.

7)

- ☐ No estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Estoy decepcionado de mí mismo.
- ☐ Me da vergüenza de mí mismo.
- ☐ Me detesto.

8).

- ☐ No me considero peor que cualquier otro.
- ☐ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- ☐ Continuamente me culpo por mis faltas.
- ☐ Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- ☐ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- ☐ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- ☐ Desearía suicidarme.
- ☐ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- ☐ No lloro más de lo que solía llorar.
- ☐ Ahora lloro más que antes.
- ☐ Lloro continuamente.
- ☐ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- ☐ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- ☐ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- ☐ Me siento irritado continuamente.
- ☐ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- ☐ No he perdido el interés por los demás.
- ☐ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- ☐ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- ☐ He perdido todo el interés por los demás.

13).

- ☐ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- ☐ Evito tomar decisiones más que antes.
- ☐ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- ☐ Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- ☐ No creo tener peor aspecto que antes.
- ☐ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- ☐ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ☐ Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- ☐ ☐ Trabajo igual que antes.
- ☐ ☐ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- ☐ ☐ Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- ☐ ☐ No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- ☐ ☐ Duermo tan bien como siempre.
- ☐ ☐ No duermo tan bien como antes.
- ☐ ☐ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- ☐ ☐ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- ☐ ☐ No me siento más cansado de lo normal.
- ☐ ☐ Me canso más fácilmente que antes.
- ☐ ☐ Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- ☐ ☐ Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- ☐ ☐ Mi apetito no ha disminuido.
- ☐ ☐ No tengo tan buen apetito como antes.
- ☐ ☐ Ahora tengo mucho menos apetito.
- ☐ ☐ He perdido completamente el apetito.

19).

- ☐ ☐ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- ☐ ☐ He perdido más de 2 kilos y medio.
- ☐ ☐ He perdido más de 4 kilos.
- ☐ ☐ He perdido más de 7 kilos.
- ☐ ☐ Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- ☐ ☐ No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- ☐ ☐ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ☐ ☐ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- ☐ ☐ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- ☐ ☐ No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- ☐ ☐ Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- ☐ ☐ Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- ☐ ☐ He perdido totalmente mi interés por el sexo.